

SO_GERICHTE VSBES.2018.196 vom 27. Mai 2019

SO Obergericht, 2019-05-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.196_d20190527

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.196 du 27 mai 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.196 del 27 maggio 2019

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1976 geborene Versicherte A.____ meldete sich am 19. November 2015 bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Solothurn (IV-Stelle) zur Früherfassung an. Geltend gemacht wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit September 2015 aufgrund von Rückenproblemen (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Am 27. November 2015 folgte sodann ein Früherfassungs-/Intake-Gespräch (IV-Nr. 3).

1.2 Am 6. Februar 2016 meldete sich der Versicherte zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 8). Die IV-Stelle holte in der Folge Akten bei der Krankentaggeldversicherung ein (IV-Nrn. 6.1 ff., 12 f., 16, 22), führte am 22. März 2016 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 11), holte weitere medizinische Unterlagen (IV-Nr. 25) sowie bei der ehemaligen Arbeitgeberin, der C.____, einen Arbeitgeberbericht vom 12. April 2016 (IV-Nr. 14) ein.

1.3 Mit Mitteilung vom 18. Mai 2017 (IV-Nr. 28) wurde der Versicherte über die Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung informiert. Das Gutachten wurde über die Zufallsplattform SuisseMED@P der Gutachterstelle D.____ zugestellt (IV-Nr. 31), welche das Gutachten am 2. November 2017 (IV-Nr. 42.1) erstattete.

1.4 Mit Vorbescheid vom 30. Januar 2018 bejahte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf berufliche Massnahmen und verneinte nach Durchführung eines Einkommensvergleichs einen Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 33 % (IV-Nr. 54). Die vom Versicherten dagegen am 26. Februar 2018 erhobenen Einwände (IV-Nr. 60) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. August 2018 ab (IV-Nr. 70; Aktenseite [A.S.] 1 ff.).

2. Am 27. August 2018 lässt der Versicherte (fortan: Beschwerdeführer) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn frist- und formgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 8 ff.):

3. Die IV-Stelle (fortan: Beschwerdegegnerin) verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2018 (A.S. 41) auf eine Stellungnahme zur Beschwerde und beantragt deren Abweisung.

4. Mit Verfügung vom 5. November 2018 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bezüglich der Gerichtskosten gewährt (A.S. 42).

5. Am 12. November 2018 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote ein (A.S. 45).

6. Mit Verfügung vom 26. März 2019 weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts den Antrag des Beschwerdeführers auf Herausgabe der von der IV-Stelle des Kantons Solothurn bei der Begutachtungsstelle D.____ in Auftrag gegebenen Gutachten inkl. Auswertung ab (A.S. 48 f.).

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

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

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit September 2015 geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im September 2016 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung am 6. Februar 2016, IV-Nr. 8), was hier somit im August 2016 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann vorliegend aufgrund der einjährigen Wartezeit demnach frühestens ab 1. September 2016 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen

Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

2.5 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30).

2.6 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

2.7 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die

Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264).

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

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Lagerist seit dem 19. Januar 2016 nicht mehr zumutbar sei. Eine körperlich angepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltung oder repetitives Arbeiten sei ihm zeitlich weiterhin im Umfang von 100 % möglich. Dabei bestehe seit dem 19. Januar 2016 eine Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik und eine Leistungseinschränkung von 30 % aufgrund der zusätzlich hinzugetretenen depressiven Symptomatik. Diese Einschätzung gelte ab ca. März 2016. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten bei der Begutachtungsstelle D.____ halte den inhaltlichen Anforderungen der neuen Rechtsprechung nach BGE 143 V 409 stand, es erweise sich als beweiswertig, weshalb darauf abzustellen sei.

3.2 Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde vom 27. August 2018 (A.S. 8 ff.) geltend, die Beschwerdegegnerin habe in der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2018 eigens einen Indikatorenkatalog konstruiert, welcher so nicht aus dem Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ hervorgegangen sei. Die entsprechende Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichts in Bezug auf psychische Leiden sei in casu nicht beachtet worden, weshalb die Durchführung eines neuen Gutachtens unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung beantragt werde. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht richtig festgestellt. Es bestünden sowohl physische als auch psychische Leiden, welche sich gegenseitig beeinflussten. Die Anmeldung zum Leistungsbezug sei aufgrund der Rückenschmerzen erfolgt, in der Folge habe sich eine Schmerzsymptomatik (somatoforme Schmerzstörung) entwickelt. Weiter seien die Aussagen im Gutachten dahingehend zu verstehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers infolge der Schmerzsymptomatik um 20 % und aufgrund der psychischen Problematik um 30 % reduziert sei. Die Arbeitsunfähigkeit sei damit höher zu gewichten als die von der Beschwerdegegnerin angenommenen 30 %.

4. Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

4.1 Dem Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 15. Januar 2016, lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 12 S. 5 f.):

Belastungsabhängig verstärkte Rückenschmerzen mit zunehmend ischialgieforme Schmerzausstrahlung links bei

Dr. med. E.____ führt aus, die funktionelle lumbale Myelographie mit Post-Myelo-CT vom 23. November 2015 zeige eine schlechtere Kontrastierung der Wurzeltasche S1 links bei hier flacher Rest-Rezidivhernie Lumbosacral linksseitig. Das Schmerzbild sei im Verhältnis zum radiologischen Befund doch erstaunlich, andererseits könnten auch flache bzw. kleine Diskushernien bei narbig fixierter Nervenwurzel doch zu erheblichen Schmerzen führen. Bei dem postoperativen schmerzfreien Intervall mit nun wiederum subjektiv doch erheblichem Leidensdruck und erfolglosen Infiltrationen könne bei nun hartnäckigem Verlauf doch die Re-Discectomie in Betracht gezogen werden, wobei die Prognose in der Gesamtsituation etwas ungewiss sei. Der Beschwerdeführer selbst befürworte sehr ein operatives Vorgehen, da für ihn die Lebensqualität mittlerweile völlig ungenügend sei.

4.2 In seinem Bericht vom 28. Januar 2016 (IV-Nr. 12 S. 3 f.) äussert sich Dr. med. E.____ dahingehend, der Beschwerdeführer sei im Anschluss an die Operation vom 19. Januar 2016 prompt aus der Narkose erwacht und habe in der frühpostoperativen Kontrolle keine neuen neurologischen Ausfälle gezeigt. Bereits am Abend des Operationstages sei der Beschwerdeführer auf eigenen Wunsch mobilisiert worden. Hierbei habe er über eine vollständige Regredienz der linksseitigen Ischiasschmerzen berichtet. Nach kurzer Zeit sei der Beschwerdeführer selbständig und über weitere Strecken beschwerdefrei gehfähig gewesen, sodass er bereits am 22. Januar 2016 auf eigenen Wunsch in gutem Allgemeinzustand nach Hause habe entlassen werden können. Bereits in den drei Hospitalisationstagen habe die Analgetika-Medikation weitestgehend ausgeschlichen werden können.

4.3 Über die postoperative Nachkontrolle vom 14. März 2016 berichtet Dr. med. E.____ gleichentags (IV-Nr. 12 S. 9 f.) der Beschwerdeführer schildere nach sehr erfreulichem frühpostoperativem Verlauf mit vollständiger Regredienz der Ischiasschmerzen dann zuhause erneut aufgetretene ischialgieforme Schmerzen links, nachdem er das Targin vollständig abgesetzt habe. Mittlerweile bestünden nun wieder linksseitige ischialgieforme Schmerzen mit Krämpfen in der Wade, weshalb er zurzeit wieder morgens und abends ein Targin 10 mg benötige. Spazieren könne er bis zu ½ Stunde, sitzen bis zu ¾ Stunden. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte mehr für eine relevante kompressive Radiculopathie links gefunden. Da der Beschwerdeführer nach der Operation vorübergehend schmerzfrei gewesen sei, werde nun ein erneutes MRI der Lendenwirbelsäule veranlasst (Ödem, Kompression Nervenwurzel S1 links?).

4.4 Dem Arztbericht von Dr. med. F.____, Rehabilitations- und Rheumazentrum G.____, vom 23. November 2016 (IV-Nr. 25 S. 13 ff.), lässt sich entnehmen, unbestrittenermassen bestehe die Vorgeschichte eines radikulären Schmerzsyndroms entsprechend der S1-Wurzel links mit auch objektivierten elektrophysiologischen Zeichen einer S1-Läsion links im Mai diesen Jahres. Ein sensomotorisches Defizit lasse sich nun in der klinischen Untersuchung nicht objektivieren. Es zeige sich jedoch ein atypisches Schmerzverhalten mit wechselnder

Klinik, so dass beispielsweise der Zehengang nur kurzfristig möglich gewesen sei und beim Kauertest massivste Schmerzen in der Kniekehle links bei gleichzeitigem Einknicken im rechten Bein aufgetreten seien. Es hätten auch positive Waddell signs im Sinne einer Ablenkung bestanden (problemlos ausführbarer Langsitz mit Berühren der Zehen möglich mit deutlicher Diskrepanz einer klassischen Prüfung eines positiven Lasègue). Des Weiteren könne die Einschätzung einer lumbalen Instabilität bei Hyperlaxizität und ungenügender Rumpfstabilisation geteilt werden. Interessanterweise habe sich durch die ISG-Infiltration links das Beschwerdebild kurzfristig positiv beeinflussen lassen, bei sonst unergiebigem Wurzel-Infiltration, was auch klar für eine Ausweitungstendenz spreche. Angesichts der auch zunehmenden Katastrophisierung und bis anhin nie versuchten intensivem multidisziplinärem Setting, sehe er, Dr. med. F.____, die Indikation eines ambulanten multimodalen Rehabilitationsprogrammes klar gegeben.

4.5 Vom 12. September 2016 bis 31. November 2016 fand im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ein Belastbarkeitstraining in der H.____ statt. Aus dem Abschlussbericht vom 1. Dezember 2016 (IV-Nr. 22) geht hervor, der Beschwerdeführer habe am 12. September 2016 mit einem Pensum von 3 mal 2 Stunden pro Woche gestartet. Aufgrund starker Schmerzen habe er viel gefehlt und keine Konstanz aufbauen können. Auch eine Steigerung des Pensums habe nicht erreicht werden können. Das Hauptthema beim Beschwerdeführer seien seine Schmerzen. Egal in welchem Kontext, ob im Coachinggespräch oder bei anderen Aufgaben, stünden die Schmerzen bei ihm dauernd im Vordergrund. Der Beschwerdeführer drehe sich dabei immer wieder im Kreis und zeige keine Fortschritte dabei, einen Umgang mit den Schmerzen zu entwickeln. Die Schwierigkeit bestehe sicherlich auch in der Mehrfachproblematik seiner Situation. Medizinische, finanzielle, soziale und psychische Sorgen bedingten und verstärkten einander. Dabei sei auch eine gewisse Opferhaltung und Vermeidungstaktik spürbar. Die schwierige Situation des Beschwerdeführers solle nicht unterschätzt werden, aber die genannten Faktoren würden zurzeit seinen Blick nach vorne blockieren. Zum jetzigen Zeitpunkt könne eine berufliche Wiedereingliederung nicht umgesetzt werden.

4.6 Dem Bericht von Dr. med. F.____ vom 30. März 2017 (IV-Nr. 25 S. 8 ff.) lässt sich entnehmen, dass sich unter Absolvierung eines weiteren gelockerten Settings nach funktionsorientiertem Rehabilitationsprogramm in den letzten sechs Wochen weitere Fortschritte im Kraft- und Ausdauerbereich erreichen liessen, die Körperwahrnehmung habe sich wenig verbessert. Nach wie vor bleibe es für den Beschwerdeführer äusserst schwierig, seine Beschwerden einzuordnen. Des Weiteren bestehe eine erschwerte Tagesstruktur und für den Beschwerdeführer sei es nicht möglich gewesen, die RTT-Trainings am Morgen zeitgerecht einzuhalten, wegen Schlafproblemen in der Nacht mit wiederkehrenden Krämpfen. Zusammenfassend bestünden klare seelische Barrieren, so dass keine weitere Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit unter Fortsetzung einer ambulanten Physiotherapie zu erwarten sei. Dennoch hätten sich die gesetzten Ziele, wie zwei Einkaufstaschen à je 5 kg die Treppe hinauftragen oder für jede Therapie vom Bahnhof hoch- und runterzugehen, erreichen lassen. Eine Stunde am Computer zu sitzen sei nicht möglich gewesen, es seien nur maximal 45 Minuten möglich. Auch die Schlafhygiene kennen und anwenden sei aus Sicht des Beschwerdeführers nicht erreicht worden. Heute sei nochmalig diese sehr atypische Klinik thematisiert worden und er, Dr. med. F.____, habe sich nun dennoch zur Veranlassung einer MRI-Verlaufsuntersuchung entschlossen, auch aus didaktischen Gründen, um dem Beschwerdeführer die Befunde klar darzulegen. Des

Weiteren habe der Beschwerdeführer ein verschwommenes Sehen in den letzten zwei Monaten beklagt, das deutlich zunehme. Er sei diesbezüglich sehr verunsichert. Auch zwecks Ausschlusses einer ophthalmologischen Genese werde die Augenklinik [...] um Aufgebot des Beschwerdeführers gebeten. Zusammenfassend bestehe eine diffuse Beschwerdeproblematik, die somatisch nicht hinreichend erklärt sei. Es bestehe eine zunehmende psychosoziale Belastungssituation, so dass langfristig eine psychotherapeutische Begleitung aufgeleitet werde.

4.7 In seinem Bericht vom 27. April 2017 (IV-Nr. 25 S. 5 ff.) äussert sich Dr. med. F.____ dahingehend, die Verlaufs-MRI-Untersuchung vom 21. April 2017 zeige weiterhin keinerlei Anhaltspunkte einer Neurokompression. Der Beschwerdeführer berichte über einen anhaltenden krampfartigen Schmerzcharakter im gesamten linken Bein meist nachts auftretend. Des Weiteren bestehe eine anhaltende körperliche Dekonditionierung, welche aus physiotherapeutischer Sicht unbedingt angegangen werden müsse. Aus ophthalmologischer Sicht habe sich leider der Befund eines beidseitigen Katarakts ergeben, angeblich sei hierbei ein operatives Vorgehen laut Aussagen des Beschwerdeführers geplant. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer vor fünf Tagen die Notfallstation aufgrund von einem anhaltenden Hustenanfall konsultiert, wo man computertomographisch den Befund eines bullösen Lungenemphysems habe nachweisen können. Die neuen Diagnosen würden den Beschwerdeführer beschäftigen, weshalb er auch eine engmaschige psychiatrische Mitbegleitung wünsche.

4.8 Der Hausarzt, Dr. med. I.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellt in seinem Arztbericht vom 14. Mai 2017 (IV-Nr. 25 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Bei den erhobenen Befunden gibt Dr. med. I.____ ein atypisches Schmerzverhalten mit wechselnder Klinik, kein sensomotorisches Defizit und positive Waddell signs im Sinne einer Ablenkung an. Zur Arbeitsfähigkeit bemerkt er, der Beschwerdeführer sei wegen stärkster Rückenschmerzen und Ausstrahlungen ins linke Bein seit Monaten nicht mehr arbeitsfähig. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, wobei zum zeitlichen Rahmen keine Aussage möglich sei. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, möglich seien nur noch leichte körperliche Tätigkeiten in Wechsellast. Der Beschwerdeführer müsse viele Pausen einlegen. Die Arbeitsfähigkeit könne in der bisherigen Tätigkeit nicht verbessert werden. Dr. med. I.____ führt weiter aus, dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten in der Art von leichter körperlicher Arbeit in Wechsellast zumutbar. Der Beschwerdeführer müsse Gelegenheit haben, Pausen einzulegen, es dürfe keine Druckausübung seitens Tempo oder komplexer Arbeitsabläufe gegeben sein und aufgrund der Schwere der COPD mit Lungenemphysem dürften keine Rauch- oder Dampfmissionen vorhanden sein. Diese Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer im Rahmen von zwei bis drei Stunden täglich zumutbar, wobei eine um 30-40 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Dr. med. I.____ äussert sich weiter dahingehend, aufgrund der Inkonsistenz der geschilderten Beschwerden und der körperlichen Befunde sowie des Verdachts auf erhebliche psychische Überlastung liege ein extrem protrahierter Verlauf vor.

4.9 Dem im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Begutachtungsstelle D.____ am 2. November 2017 (IV-Nr. 42.1) erstellten polydisziplinären Gutachten lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (S. 39 f.):

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden die Folgenden aufgeführt (S. 40):

Dem Gutachten lässt sich entnehmen, bei der klinischen Untersuchung stelle sich ein muskelkräftiger, übergewichtiger Mann dar. Das Gangbild sei unauffällig, die bei der Untersuchung erforderlichen Tätigkeiten wie An- und Ausziehen, Besteigen der Liege etc. würden ohne ersichtliche Beeinträchtigung durchgeführt. Die Flexionsbewegung der LWS sei weitestgehend frei. Beim Langsitz auf der Liege könnten mit den Fingerspitzen die Zehen bei durchgestreckten Kniegelenken berührt werden. Bei Hyperextension und Torsion der LWS werde stereotyp eine Schmerzhaftigkeit im ISG-Bereich links, in geringerem Masse am lumbosakralen Übergang geäußert. Neurologischerseits liessen sich keine Atrophien an den Beinen feststellen. Die Nervendehnungszeichen würden negativ ausfallen. Der Achillessehnenreflex (ASR) sei links abgeschwächt, ein motorischer Ausfall sei nicht objektivierbar. Die Sensibilität sei schwerpunktmässig am lateralen Fussrand und am Bein dorsal reduziert. Myographisch könnten aktuell im von S1 innervierten Caput mediale des Musculus gastrocnemius keine akuten Denervationszeichen im Sinne von Fibrillationen oder positiven scharfen Wellen mehr nachgewiesen werden. Es fänden sich gehäuft Faszikulationen und vereinzelt seien die Muskeleinheitspotenziale etwas chronisch-neurogen verändert, vereinbar mit einer stattgehabten Kompression. Eine relevante Wurzelkompression sei aber schon rein klinisch auszuschliessen, sei doch der in den Akten als fehlend beschriebene ASR auf der linken Seite jetzt zweifelsfrei wieder auslösbar. Somit lasse sich die aktuelle lumbovertebrogene Symptomatik als Ausdruck einer Irritation vor allem des ISG links und ■ in geringerem Masse ■ der lumbosakralen Facetten identifizieren. Bezüglich des ISG habe sich aktuell keine Funktionsstörung nachweisen lassen. Es fehlten Hinweise auf frische radikuläre Irritationen. Die Ausfallssymptomatik der Wurzel S1 links sei als residuell zu betrachten. Als Einflussfaktoren auf das lumbale Schmerzgeschehen seien mehreren Faktoren zu sehen. Es liege eine Fehlstatik der LWS vor im Sinne einer Hyperlordose (Lordose-Winkel 90°) sowie eine linkskonvexe Seitenausbiegung (Cobb 10°). Es sei von einer Instabilität des lumbosakralen Übergangs bei insuffizienter ventraler muskulärer Abstützung und Übergewichtigkeit (20 kg Gewichtszunahme innerhalb von zwei Jahren) auszugehen. Das Gutachten führt weiter aus, die Schmerzsymptomatik im linken Bein sei mittlerweile als tendomyotisch geprägt zu interpretieren, hierbei dürften die residuelle radikuläre Ausfallssymptomatik, die iliosakrale Funktionsstörung links sowie die hochgradige Fussinsuffizienz links eine Rolle spielen (Tendomyosen in der «Steigbügelmuskulatur»). Die iliosakrale Symptomatik werde unter anderem gefördert durch eine konstitutionelle Laxität, welche sich an den peripheren Gelenken ■ unter anderem an den Ellbogen- und Kniegelenken ■ zeige. Auf dem psychiatrischen Fachgebiet beschreibe der Beschwerdeführer eine ängstlich-depressive Symptomatik im Rahmen einer Trennung mit kompensatorischer vermehrter Arbeitstätigkeit. Hinzu sei eine Umstrukturierung des Arbeitsplatzes gekommen. Im Rahmen dieser Krise sei es laut Angabe zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung, inklusive antidepressiver Behandlung über den Hausarzt gekommen. Nach einer Verbesserung sei es im Rahmen der vermehrten Schmerzen erneut zu einer depressiven Reaktion gekommen. Zusätzlich hätten drei Todesfälle in der Familie zu einer Verstärkung der Symptomatik geführt. Der Beschwerdeführer berichte über depressive Symptome. Bei der Exploration hätten sich ein hohes Mitteilungsbedürfnis, eine Affektlabilität, eine depressive Stimmungslage, Gedankenkreisen, Zukunftsängste sowie Insuffizienz- und Schamgefühle gezeigt. Besonders belastend für den Beschwerdeführer

seien der Verlust des Arbeitsplatzes und der soziale Abstieg gewesen. Eine ambulante Psychotherapie sei dem Beschwerdeführer zwar empfohlen, jedoch aktuell noch nicht etabliert worden. Eine antidepressive Medikation bestehe nicht. Die auf dem orthopädischen Fachgebiet feststellbaren Befunde beeinträchtigten die Belastbarkeit der LWS. Es könnten keine schweren Belastungen und auch nur zeitweise mittelschwere Belastungen durchgeführt werden, ebensowenig stereotype Körperhaltungen sowie Tätigkeiten in gebückter Position. Infolge der depressiven Symptomatik ergäben sich funktionelle Einschränkungen, die sich insbesondere auf Planung und Strukturierung von Aufgaben limitierend auswirkten. Der Beschwerdeführer sei auch weniger flexibel, die Umstellungsfähigkeit sei geringer. Seine Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien reduziert. Es bestehe ein sozialer Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt. Die Spontanaktivitäten seien limitiert.

Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich das Gutachten dahingehend, der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgerichtete Tätigkeit als Maschineneinrichter, wobei es sich um eine körperlich stark belastende Tätigkeit handle, seit dem 19. Januar 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Leichte, zeitweise mittelschwere Tätigkeiten könnten aus somatischer Sicht vollschichtig durchgeführt werden unter Vermeidung von stereotypen Körperhaltungen und häufigen Arbeiten in gebückter Position. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit (Rendement) werde aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik mit 20 % veranschlagt. Diese Einschätzung werde ab dem 19. Januar 2016 datiert. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit infolge der depressiven Symptomatik reduziert. Sie werde auf 70 % geschätzt. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht genau beziffern. Es sei zu einer allmählichen depressiven Symptomatik gekommen, vermutlich nach der zweiten Operation im Januar 2016. Dadurch, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers nach der zweiten Operation im Januar 2016 nicht verbessert und er den Arbeitsplatz verloren habe, sei es zu einer negativen Entwicklung mit zunehmender depressiver Symptomatik gekommen. Somit sei die Arbeitsfähigkeit geschätzt ab ca. März 2016 aus psychiatrischer Sicht reduziert. Dies unter Berücksichtigung, dass nach der Operation eine gewisse Zeit, angenommen würden ca. vier Wochen, die Erwartung auf Heilung bestanden habe, die dann enttäuscht worden und es zu einer depressiven Reaktion gekommen sei. Empfohlen werde die Aufgleisung einer ambulanten Psychotherapie, inklusive Pharmakotherapie mit schmerzdistanzierenden Antidepressiva. Aus orthopädischer Sicht seien bei der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome entsprechend der aktuellen Leitlinien vor allem die Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen zu identifizieren und weitest möglich zu therapieren. Hierzu empfehle sich in erster Linie eine Verbesserung der Wirbelsäulenstatik und der muskulären Stabilisierung des lumbosakralen Übergangs. Konkret werde dringend eine Gewichtsreduktion empfohlen, des Weiteren ein Versuch mit einem Ausgleich der Beinlängendifferenz durch eine Schuheinlage um 1 cm links und einer medizinischen Trainingstherapie vor allem zur Kräftigung der LWS-stabilisierenden Muskulatur (Abdominal- und Glutealmuskelgruppe). Zudem sollte eine Einlagenversorgung zur Stützung des Fusslängsgewölbes vorgenommen werden, um die Krampfneigung der Wadenmuskulatur links positiv zu beeinflussen. Es bestehe sowohl im psychiatrischen als auch im internistischen und orthopädischen Bereich eine Therapierbarkeit. Insofern sei prinzipiell eine Besserung der Arbeitsfähigkeit möglich.

E. 4

Es sei ein neues Gutachten in Auftrag zu geben.

E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2018 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 2. November 2017 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Der Beschwerdeführer lässt in Zusammenhang mit dieser Begutachtung im Wesentlichen vorbringen, das vom Bundesgericht mit BGE 143 V 418 vom 30. November 2017 für grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen anwendbare strukturierte Beweisverfahren mit Indikatorenprüfung sei vorliegend nicht beachtet worden. Die Beschwerdegegnerin habe eigens einen Indikatorenkatalog konstruiert, der so nicht aus dem polydisziplinären Gutachten hervorgehe.

5.2 Der Beschwerdeführer wurde in den Disziplinen Allgemeinmedizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie und damit in den vorliegend relevanten Bereichen begutachtet. Das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse und wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt. In dieser Hinsicht genügt es den Anforderungen an ein verwertbares Gerichtsgutachten.

5.2.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. M.____ wird festgehalten, der Beschwerdeführer befinde sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Kardiovaskulär lägen normale Herztöne vor, kein Geräusch, keine Herzinsuffizienz-Zeichen, die peripheren Pulse seien palpabel. Die Lungenauskuultation und Perkussion seien normal, das Abdomen weich und indolent. Resistenzen lägen keine vor, die Darmgeräusche seien normal, die Nierenlogen frei. Die äusseren Genitalien seien intakt, Inguinalhernien seien keine palpabel. Am Bewegungsapparat lasse sich eine leichte Klopfdolenz paravertebral links im LWS-Bereich feststellen. Der Finger-Boden-Abstand betrage 30 cm, im Langsitz komme der Beschwerdeführer bis auf ca. 10 cm zu den Zehen. Die Hirnnerven seien intakt, der Lasègue beidseits negativ, die Reflexe symmetrisch, sensomotorische Ausfälle seien nicht vorhanden. Der Tretversuch nach Unterberger, der Halteversuch, die Diadochokinese, der Finger-Nasen-Versuch und der Zehen-Fersenstand seien unauffällig. Der Einbeinstand sei beidseits unsicher. Struma und Lymphome seien keine palpabel, die Hände nicht beschwilt (IV-Nr. 42.1 S. 13). Angesichts der erhobenen Befunde ist nachvollziehbar, dass der Experte aus allgemeininternistischer Sicht keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Anderslautende medizinische Berichte finden sich denn auch nicht in den Unterlagen.

5.2.2 Dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. N.____ (IV-Nr. 42.1 S. 15 ff.) lässt sich entnehmen, die Anamneseschilderung erfolge kooperativ, Hinweise auf bewusstseinsnahe Aggravation oder übermässige Verdeutlichung lägen keine vor, es sei jedoch von einer Schmerzfokussierung und übermässigen Selbstlimitierung auszugehen. Die Stimmungslage nivelliere, Mnestik wirke vermindert. Die Psychomotorik sei leicht verlangsamt, die Fragen würden relativ unpräzise beantwortet. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein muskelkräftiger, übergewichtiger Mann dargestellt, ohne ersichtliche Beeinträchtigungen bei den bei der Untersuchung anfallenden Tätigkeiten. Es imponiere eine hohlrunde Rückenform und eine Haltungsinsuffizienz. Zudem stelle sich eine leichte S-förmige skoliotische Seitenausbiegung der Wirbelsäule dar. Die Flexion der LWS sei weitgehend schmerzfrei gut möglich. Bei Reklination und Torsion werde eine

Schmerzhaftigkeit maximal im ISG-Bereich links, in geringerem Masse am lumbosakralen Übergang geäussert. Der Langsitz auf der Liege sei problemlos möglich, der Beschwerdeführer erreiche mit den Fingerspitzen die Fussspitzen bei durchgestreckten Kniegelenken. Hinweise auf eine manifeste Funktionsstörung der Iliosakralgelenke fänden sich nicht. Bei der weiteren klinischen Untersuchung falle eine hochgradige asymmetrische Fussinsuffizienz, links deutlicher als rechts auf. Es bestehe ein Status nach einer Kreuzbandplastik rechts bei physiologischer Bänderführung und Beweglichkeit ohne Hinweise auf Reizzustände oder arthrotische Veränderungen. Auffällig sei zudem eine leichte konstitutionelle Laxität, welche sich in einer Überstreckbarkeit leichten Grades der Ellbogen- und Kniegelenke und in einer deutlichen Überstreckbarkeit der Fingergelenke ausdrücke. Dr. med. N.____ legt nachvollziehbar dar, dass die lumbale Schmerzproblematik im Sinne eines lumbovertebrogenen Syndroms zu werten sei und als aktuelle Schmerzquellen das ISG und ■ in geringem Masse ■ die lumbosakralen Facetten zu definieren seien. Weiter leuchtet ein, wenn als Einflussfaktoren auf dieses Schmerzgeschehen die Fehlstatik der LWS im Sinne einer Hyperlordose und linkskonvexen Seitenausbiegung bei insuffizienter muskulärer Stabilisierung und zunehmendem Übergewicht genannt werden. Dem Gutachter kann gefolgt werden, wenn er unter diesen Umständen ausführt, es liessen sich entsprechend der neurologischen Beurteilung residuelle radikuläre Schmerz- und sensible Ausfallsymptome der Wurzel S1 links feststellen, diese radikuläre Symptomatik sei jedoch im Rahmen des gesamten Schmerzbildes aktuell als untergeordnet einzustufen. Zu diskutieren sei die hochgradige Krampfneigung in der linken Wade. Möglicherweise addierten sich hierbei Einflussfaktoren seitens der residuellen Radikulopathie, der ISG-Symptomatik im Sinne eines tendomyotischen Komplexes und der hochgradigen Fussinsuffizienz links mit entsprechender Tendomyoseninduktion in der «Steigbügel»-Muskulatur. Wenn Dr. med. N.____ den Schweregrad des Lumbalsyndroms als leicht- bis mittelgradig einstuft, die sonstigen Funktionseinschränkungen im orthopädischen Fachgebiet als gering einschätzt, eine verminderte Belastbarkeit der LWS feststellt und ausführt, es könnten leichte und zeitweise mittelschwere Tätigkeiten durchgeführt werden, kann ihm gefolgt werden. Der Gutachter zeigt schlüssig auf, dass die anamnestischen Angaben, die klinischen und radiologischen Befunde in sich konsistent seien, jedoch die Intensität der empfundenen Beschwerden und die daraus resultierende Selbstlimitierung aus orthopädischer Sicht nicht vollumfänglich nachvollzogen werden könnten. Dr. med. N.____ setzt sich sodann mit den entsprechenden fachspezifischen Vorberichten auseinander, welche in Bezug auf die Beurteilung der Symptomatik mit seiner eigenen weitgehend übereinstimmen.

5.2.3 Dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. O.____ (IV-Nr. 42.1 S. 23 ff.) ist zu entnehmen, es bestehe ein Status nach den beiden in der Diagnoseliste ausgeführten operativen Eingriffen auf Höhe L5/S1 links von November 2013 resp. Januar 2016. Es seien anschliessend zahlreiche Infiltrationsbehandlungen ■ ohne Ansprechen ■ gefolgt, wobei bezüglich Details auf den vorgängig zitierten Bericht des Rehabilitations- und Rheumazentrums des G.____ vom 23. Dezember 2016 verwiesen werde (Ziff. 4.3.1 des Gutachtens). Dr. med. O.____ führt aus, der Beschwerdeführer gebe anhaltende und konstant vorhandene Schmerzen im linken Bein an, vom Gesäss ausstrahlend bis zur Wade, verbunden mit Parästhesien schwerpunktmässig am seitlichen Fussrand und einer Gefühlsverminderung am Bein hinten, ohne relevante begleitende Schwäche. Bei der klinischen Untersuchung seien Tonus und Trophik intakt, umschriebene Atrophien fänden sich keine. Die Schweisssekretion an den Fusssohlen sei beidseits ausgeprägt. Die

Nervendehnungstests seien negativ. Der Achillessehnenreflex sei links abgeschwächt, jedoch zweifelsfrei vorhanden. Ein motorischer Ausfall sei nicht objektivierbar. Die Sensibilität sei schwerpunktmässig am lateralen Fussrand und am Bein dorsal reduziert, also entsprechend dem Segment S1. Die letzten MRI-Bilder LWS vom 21. April 2017 zeigten keine Kompression der Wurzel S1 links mehr, es bestünden narbige Veränderungen postoperativ. Myographisch könnten aktuell im von S1 innervierten Caput mediale des Musculus gastrocnemius keine akuten Denervationszeichen im Sinne von Fibrillationen oder positiven scharfen Wellen mehr nachgewiesen werden; es fänden sich gehäuft Faszikulationen und vereinzelt seien die Muskeleinheitspotenziale etwas chronisch neurogen verändert, vereinbar mit einer stattgehabten Kompression. Eine relevantere Wurzelkompression sei aber schon rein klinisch auszuschliessen, sei doch der in den Akten als fehlend beschriebene ASR auf der linken Seite jetzt zweifelsfrei wieder auslösbar. Dr. med. O. ___ kann gefolgt werden, wenn er die Persistenz eines radikulären Schmerz- und sensiblen Ausfallssyndroms der Wurzel S1 links bei Status nach zweimaliger Dekompression 11/2013 und 01/2016 auf Höhe L5/S1 beschreibt und ausführt, die genaue Ursache dieses Schmerzsyndroms bleibe unklar, es habe formal neuropathischen Charakter. Weiter leuchten die Ausführungen des Experten ein, wonach auffallend sei, dass sämtliche Therapiemassnahmen invasiver und konservativer Art inklusive mit auf neuropathische Beschwerden wirksame Medikamente wie Pregabalin überhaupt keinen Effekt gezeigt hätten und dass der Beschwerdeführer trotz einer durchschnittlichen Intensität der Schmerzen von neun bis zehn auf der VAS keine Analgetika (mehr) einnehme. Wenn Dr. med. O. ___ in der Folge den Schweregrad der neurologischen Ausfallsymptomatik als leicht bezeichnet und für den Schweregrad der Schmerzsymptomatik, der nicht objektiviert werden könne, auf den Konsens verweist, kann dem gefolgt werden. Der Experte äussert sich weiter dahingehend, bezüglich der Einschränkung von Seiten der LWS werde auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Aus dem Schmerzsyndrom des linken Beines resultiere aus neurologischer Sicht eine Rendement-Verminderung im Bereich von 20 % für sämtliche Tätigkeiten. In Bezug auf die medizinischen Massnahmen führt Dr. med. O. ___ aus, aus neurologischer Sicht im engeren Sinn könnten bei fehlendem Effekt von auf neuropathische Schmerzen wirksamen Präparaten und auch Infiltrationen keine Massnahmen mehr vorgeschlagen werden.

5.2.4 Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P. ___ (IV-Nr. 42.1 S. 30 ff.) ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei in geordneten familiären Verhältnissen mit seinem Zwillingbruder bei seinen Eltern aufgewachsen. Auffällig in der Kindheitsentwicklung seien ein Sprachfehler, der logopädisch behandelt worden sei, sowie eine Hormon-Behandlung während der Pubertät. Die Schule sei regulär durchlaufen worden. Wie auch sein Zwillingbruder sei der Beschwerdeführer ungelernt geblieben. Er habe seine Lehre wegen Nichtgefallens und wegen Schwierigkeiten mit dem Lehrmeister abgebrochen. Er habe dann zu 100 % als Ungelernter konstant in einer Firma gearbeitet. Psychische Schwierigkeiten habe es ihm Rahmen einer partnerschaftlichen Trennung und von Umstrukturierungen innerhalb des Betriebes gegeben. Der Beschwerdeführer habe in dieser Situation ängstlich-depressiv reagiert, wobei er Bestätigung und Ablenkung in der Arbeit gesucht habe. Es sei zu einem Überengagement mit depressiv-ängstlicher und auch psychosomatischer Reaktion gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich in psychologische Behandlung begeben. Zirka zwei Jahre später sei es zum Bandscheibenvorfall mit entsprechenden operativen Interventionen gekommen. Es habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt. Dr. med. P. ___ kann gefolgt werden, wenn

sie ausführt, gemäss der Diagnostik depressiver Störungen nach ICD-10 seien zwei Hauptsymptome vorhanden, nämlich eine depressive Grundstimmung und ein Interessensverlust bzw. Freudlosigkeit und parallel dazu bestünden Zusatzsymptome wie vermindertes Selbstvertrauen, vermindertes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven. Unter diesen Umständen leuchtet die Schlussfolgerung ein, wonach aufgrund der zwischenzeitlichen Remission von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei. Dr. med. P. ___ legt weiter nachvollziehbar dar, dass eine Diagnose aus der Systematik der somatoformen Störungen gemäss ICD-10 nicht gestellt werden könne, da die jeweiligen Eingangskriterien nicht erfüllt seien. Der Arbeitsplatzverlust und der soziale Abstieg mit drohender Abhängigkeit von der Sozialhilfe seien für den Beschwerdeführer schwierig zu ertragen und wirkten sich insgesamt negativ auf seine psychische Struktur aus. Bei der Begutachtung sei noch der Verdacht einer Konversionsstörung aufgekommen. Zum Schweregrad äussert sich die Expertin dahingehend, die depressive Episode werde als leicht- bis mittelgradig ausgeprägt eingestuft. Infolge der depressiven Grundstimmung, der gleichzeitigen Weitschweifigkeit, der raschen Erschöpfung ergäben sich funktionelle Einschränkungen, die sich insbesondere auf Planung und Strukturierung von Aufgaben limitierend auswirkten. Der Beschwerdeführer sei auch weniger flexibel, die Umstellungsfähigkeit sei geringer. Seine Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien reduziert. Es bestehe ein sozialer Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt. Die Spontanaktivitäten seien deutlich limitiert. Belastungsfaktoren bestünden in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer seine letzte Stelle verloren habe und infolge seiner gesundheitlichen Probleme und seines Ausbildungsstandes vermehrt Schwierigkeiten habe, wieder eine entsprechende geeignete Arbeit zu finden. Für den Beschwerdeführer belastend sei die drohende Abhängigkeit von der Sozialhilfe. Allfällig relevante Persönlichkeitsfaktoren fänden sich vorliegend keine, an der Konsistenz bestehe kein Zweifel. Aktuell erscheine die Arbeitsfähigkeit durch die depressive Symptomatik auf 70 % reduziert.

5.2.5 Was die psychiatrische Beurteilung angeht, so ist das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Praxis grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f.). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297):

- 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad»
 - a) Komplex «Gesundheitsschädigung»
 - b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - c) Komplex «Sozialer Kontext»
- 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens)

Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren indes nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. Mithin ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und / oder gerichtlichen Sachverständigengutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). Das vorliegende Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 2. November 2017 äussert sich nicht ausdrücklich zu den besagten Indikatoren, enthält aber ■ wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht festgehalten hat ■ diejenigen Feststellungen, welche eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309):

Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» äussert sich das psychiatrische Gutachten explizit dahingehend, die depressive Episode werde als leicht- bis mittelgradig ausgeprägt eingestuft. Auch liegen Aussagen zu den daraus resultierenden Funktionsstörungen vor: Infolge der depressiven Grundstimmung, der gleichzeitigen Weitschweifigkeit und der raschen Erschöpfung würden sich funktionelle Einschränkungen ergeben, die sich insbesondere auf Planung und Strukturierung von Aufgaben limitierend auswirkten. Der Beschwerdeführer sei auch weniger flexibel, die Umstellungsfähigkeit sei geringer. Seine Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien reduziert. Es bestehe ein sozialer Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt. Die Spontanaktivitäten seien deutlich limitiert (IV-Nr. 42.1 S. 37). Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» lässt sich dem Gutachten entnehmen, prinzipiell bestehe eine Therapiebarkeit der einzelnen Funktionsstörungen in den verschiedenen Fachbereichen. Insofern sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit möglich. Die Etablierung einer ambulanten Psychotherapie, inklusive Pharmakotherapie mit schmerzdistanzierenden Antidepressiva, solle aufgegleist werden (IV-Nr. 42.1 S. 46). Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Diesbezüglich äussert sich das Gutachten dahingehend, die auf dem orthopädischen Fachgebiet feststellbaren Befunde beeinträchtigten die Belastbarkeit der LWS. Es könnten keine schweren Belastungen und auch nur zeitweise mittelschwere Belastungen durchgeführt werden. Aus somatischer Sicht könnten leichte, zeitweise mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig durchgeführt werden unter Vermeidung von stereotypen Körperhaltungen und häufigen Arbeiten in gebückter Position. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit (Rendement) werde aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik mit 20 % veranschlagt (IV-Nr. 42.1 S. 43 f.). Mit Bezug auf den Komplex «Persönlichkeit» führt Dr. med. P.____ aus, beim inhaltlichen Denken zeige sich eine deutliche hypochondrische Komponente, indem sich der Beschwerdeführer sehr viel mit seinem Gesundheitszustand beschäftige und Angst vor einer weiteren Verschlechterung desselben habe. Es müsse jedoch gesagt werden, dass seine Ängste auch einen realen Hintergrund hätten und nicht rein psychopathologisch verstanden werden könnten. Sonstige inhaltliche Denkstörungen und Hinweise auf Ich- oder Wahrnehmungsstörungen bestünden nicht (IV-Nr. 42.1 S. 36). Der Komplex «Sozialer Kontext» weise nur begrenzte Ressourcen aus. So lebe der ledige Beschwerdeführer allein in einer 3 ½-Zimmerwohnung. Eine Beziehung führe er nicht, Haustiere habe er keine. Das Verhältnis zu seinem

Zwillingsbruder sei gut (IV-Nr. 42.2 S. 31). Es bestehe ein sozialer Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt (IV-Nr. 42.1 S. 37). Belastungsfaktoren bestünden in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer seine letzte Stelle verloren und infolge seiner gesundheitlichen Probleme und seines Ausbildungsstandes vermehrt Schwierigkeiten habe, wieder eine entsprechende, geeignete Arbeit zu finden. Für den Beschwerdeführer belastend sei die drohende Abhängigkeit von der Sozialhilfe (IV-Nr. 42.1 S. 37). Zur «Konsistenz» lässt sich dem Gutachten entnehmen, aus somatischer Sicht seien anamnestiche Angaben, klinische und radiologische Befunde prinzipiell in sich konsistent, wenn auch die Intensität der empfundenen Beschwerden und die hochgradige Selbstlimitierung rein somatisch nicht vollumfänglich nachvollzogen werden könnten (IV-Nr. 42.1 S. 43 f.). Auffallend sei, dass sämtliche Therapiemassnahmen invasiver und konservativer Art inklusive mit auf neuropathische Beschwerden wirksamen Medikamenten wie Pregabalin überhaupt keinen Effekt zeigten; auffallend sei auch, dass der Beschwerdeführer trotz einer durchschnittlichen Intensität der Schmerzen von neun bis zehn auf der VAS keine Analgetika (mehr) einnehme (IV-Nr. 42.1 S. 28). Die Angaben des Beschwerdeführers würden aus psychiatrischer Sicht konsistent erscheinen. Da das Ausmass der erlebten Schmerzen nicht somatisch begründet werden könne, müsse differenzialdiagnostisch an eine Konversionsstörung gedacht werden. Hier sei jedoch zu sagen, dass diese Diagnose nicht eindeutig gestellt werden könne. Auch die Eingangskriterien in Bezug auf eine somatoforme Schmerzstörung seien nach ICD-10 nicht erfüllt (IV-Nr. 42.1 S. 43 f.).

Nach dem Gesagten erweist sich auch das psychiatrische Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung als beweiswertig, wenn auch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 % vorliegend eher grosszünftig erscheint.

5.3 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens nicht zu schmälern. So ist insbesondere festzuhalten, dass eine somatoforme Schmerzstörung ausdrücklich nicht diagnostiziert wurde (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor). Gleiches gilt für die Konversionsstörung, welche wohl in den differentialdiagnostischen Überlegungen in Erwägung gezogen, jedoch ausdrücklich nicht diagnostiziert wurde (IV-Nr. 66). Dem Einwand des Beschwerdeführers, wonach seine Arbeitsfähigkeit infolge der Schmerzsymptomatik um 20 % und aufgrund der psychischen Problematik um 30 % reduziert sei, damit die Arbeitsunfähigkeit insgesamt höher als 30 % zu gewichten sei, kann ebenfalls nicht gefolgt werden. Bei Einschränkungen aus psychischer und physischer Sicht besteht häufig kein Anlass, diese unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.1 mit Hinweisen). Wenn die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall für die Durchführung des Einkommensvergleichs eine Leistungseinschränkung um 30 % berücksichtigt, leuchtet dies namentlich vor dem Hintergrund ein, dass der Beschwerdeführer an einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode leidet, welche, wie dem Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ zu entnehmen ist, bislang keine ambulante Psychotherapie und ebenso wenig eine antidepressive Medikation nach sich gezogen hat. Selbst wenn sich neben der aus psychiatrischer Sicht um 30 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zusätzlich

noch eine somatisch begründbare Arbeitsunfähigkeit isoliert darstellen lässt, kann daraus nicht ohne Weiteres auf eine Erhöhung der aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten kann je nach den konkreten Fallmerkmalen ein zu hohes oder zu niedriges Ergebnis zeitigen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 372/02 vom 11. März 2003 E. 3.3). Wenn die Beschwerdegegnerin von einer Leistungseinschränkung von insgesamt 30 % ausgeht, ist dies angemessen.

5.4 Zusammenfassend erweisen sich die gutachterlichen Ausführungen als nachvollziehbar und das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten ist als voll beweiswertig zu qualifizieren. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht von der Zumutbarkeit einer körperlich angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Zwangshaltung oder repetitives Arbeiten im Umfang von 100 % ausgegangen, wobei seit 19. Januar 2016 eine Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund der Schmerzsymptomatik besteht resp. seit März 2016 eine solche von 30 % aufgrund der zusätzlich hinzugetretenen depressiven Symptomatik.

6. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene und vom Beschwerdeführer in der Beschwerde zu Recht nicht bemängelte Einkommensvergleich ist im vorliegenden Fall nicht zu beanstanden.

6.1 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was er bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 5. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom ■ wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten ■ letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1). Im vorliegenden Fall kann nicht an die Anstellung bei der C.____ angeknüpft werden, da das Arbeitsverhältnis per 31. Juli 2015 infolge wirtschaftlicher Gründe (Werksverlagerung ins Ausland) aufgelöst wurde. Die Tätigkeit bei der Q.____ (vgl. IV-Nr. 42.1 S. 10 in fine) wiederum war mit 1,5 Monaten zu kurz, um repräsentativ zu sein. Vor diesem Hintergrund ist die Beschwerdegegnerin zu Recht von den statistischen Durchschnittslöhnen aus der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) für das Jahr 2014 ausgegangen und hat hierbei auf Ziff. 49 - 53 «Verkehr und Lagerei» abgestellt, da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall eine der letzten Anstellung bei der C.____ vergleichbare Tätigkeit ausgeübt hätte. Der Wert für Männer belief sich im Jahr 2014 auf CHF 5'481.00. Angepasst an die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit im entsprechenden Sektor von 42,4 Stunden sowie der entsprechenden Nominallohnentwicklung von 2014 (Indexstand 101,7) auf 2016 (Indexstand 102,4) ergibt sich damit ■ wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht angenommen ■ ein Valideneinkommen von CHF 70'198.00.

6.2 Für die Berechnung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Totalwert für Männer im Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 abgestellt. Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. II. 5.4 hiervor) zu 30 % eingeschränkt. Dabei stehen ihm, unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen, sämtliche Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 1, welches einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art umfasst, offen. Der Totalwert

für Männer beläuft sich hier auf CHF 5'312.00. Angepasst an das Total der durchschnittlichen betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden sowie der unter Berücksichtigung der allgemeinen Nominallohnentwicklung von 2014 (Indexstand 103,3) auf 2016 (Indexstand 104,4) ergibt sich ein Jahreseinkommen von CHF 67'161.00 bei voller Arbeitsfähigkeit resp. von CHF 47'013.00 unter Berücksichtigung der Leistungseinschränkung um 30 %.

6.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Der Beschwerdeführer hat in seinem Einwand gegen den Vorbescheid (IV-Nr. 60 S. 7) vorgebracht, dass aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen und seines Alters Anspruch auf einen solchen von mindestens 15 % bestehe.

Rechtsprechungsgemäss ist das Alter jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_327/2018 vom 31. August 2018 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Das Alter ist im Zusammenhang mit dem Leidensabzug jedoch nur soweit zu berücksichtigen, wie es die Erwerbsaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Davon kann mit Bezug auf den im Zeitpunkt des Verfügungserlasses erst 41 Jahre alten Beschwerdeführer nicht ausgegangen werden. Das Bundesgericht liess das Alter auch im Fall eines 53-jährigen Versicherten ausser Acht (Urteil des Bundesgerichts 8C_579/2017 vom 11. Dezember 2017 m.H.a. BGE 126 V 75). Die LSE Tabelle T17 weist mit ihren drei Alterskategorien (bis 29 Jahre; 30 bis 49 Jahre; 50 Jahre und älter) tendenziell eher eine steigende Verdienstmöglichkeit mit fortschreitendem Alter aus. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2). Im Übrigen werden Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt, womit sich der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend, sondern bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (seit LSE 2012: Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, Kompetenzniveau 1) statistisch gesehen sogar lohn erhöhend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 6.3 mit Hinweis). Schliesslich rechtfertigen es auch die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht, einen Abzug vorzunehmen. Sind leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt; dies ergibt sich daraus, dass der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4 mit Hinweisen). Darüber hinaus wurden die gesundheitlichen Einschränkungen bereits bei der Beurteilung der medizinischen Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit berücksichtigt, weshalb diese nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Weitere Faktoren, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, sind vorliegend nicht gegeben. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist daher ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ nicht angezeigt.

6.4 Bei einem Valideneinkommen von CHF 70'198.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 47'013.00 resultiert folglich ein Invaliditätsgrad von 33 %, der keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung vermittelt.

7. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen.

E. 6

Es sei ein zweiter Schriftenwechsel zu veranlassen.

E. 7

Dem Beschwerdeführer sei der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

3. Die IV-Stelle (fortan: Beschwerdegegnerin) verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2018 (A.S. 41) auf eine Stellungnahme zur Beschwerde und beantragt deren Abweisung. 4. Mit Verfügung vom 5. November 2018 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bezüglich der Gerichtskosten gewährt (A.S. 42). 5. Am 12. November 2018 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers eine Kostennote ein (A.S. 45). 6. Mit Verfügung vom 26. März 2019 weist die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts den Antrag des Beschwerdeführers auf Herausgabe der von der IV-Stelle des Kantons Solothurn bei der Begutachtungsstelle D.____ in Auftrag gegebenen Gutachten inkl. Auswertung ab (A.S. 48 f.). 7. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden 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, zulässiges Anfechtungsobjekt) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). 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 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). 2.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit September 2015 geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im September 2016 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung am 6. Februar 2016, IV-Nr. 8), was hier somit im August 2016 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann vorliegend aufgrund der einjährigen Wartezeit demnach frühestens ab 1. September 2016 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend. 2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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. 2.4 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). 2.5 Beim Einkommensvergleich werden in der Regel die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Soweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der Umstände im Einzelfall zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs, s. BGE 128 V 29 E. 1 S. 30). 2.6 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). 2.7 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte

ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264).

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

3. 3.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Lagerist seit dem 19. Januar 2016 nicht mehr zumutbar sei. Eine körperlich angepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Zwangshaltung oder repetitives Arbeiten sei ihm zeitlich weiterhin im Umfang von 100 % möglich. Dabei bestehe seit dem 19. Januar 2016 eine Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzproblematik und eine Leistungseinschränkung von 30 % aufgrund der zusätzlich hinzugetretenen depressiven Symptomatik. Diese Einschätzung gelte ab ca. März 2016. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten bei der Begutachtungsstelle D.____ halte den inhaltlichen Anforderungen der neuen Rechtsprechung nach BGE 143 V 409 stand, es erweise sich als beweiswertig, weshalb darauf abzustellen sei.

3.2 Der Beschwerdeführer macht in seiner Beschwerde vom 27. August 2018 (A.S. 8 ff.) geltend, die Beschwerdegegnerin habe in der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2018 eigens einen Indikatorenkatalog konstruiert, welcher so nicht aus dem Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ hervorgegangen sei. Die entsprechende Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichts in Bezug auf psychische Leiden sei in casu nicht beachtet worden, weshalb die Durchführung eines neuen Gutachtens unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung beantragt werde. Weiter bringt der Beschwerdeführer vor, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt in medizinischer Hinsicht nicht richtig festgestellt. Es bestünden sowohl physische als auch psychische Leiden, welche sich gegenseitig beeinflussten. Die Anmeldung zum Leistungsbezug sei aufgrund der Rückenschmerzen erfolgt, in der Folge habe sich eine Schmerzsymptomatik (somatoforme Schmerzstörung) entwickelt. Weiter seien die Aussagen im Gutachten dahingehend zu verstehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers infolge der Schmerzsymptomatik um 20 % und aufgrund der psychischen Problematik um 30 % reduziert sei. Die Arbeitsunfähigkeit sei damit höher zu gewichten als die von der Beschwerdegegnerin angenommenen 30 %.

4. Streitig und vorliegend zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung zu Recht verneint hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

4.1 Dem Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie FMH, vom 15. Januar 2016, lassen sich folgende

Diagnosen entnehmen (IV-Nr. 12 S. 5 f.): Belastungsabhängig verstärkte Rückenschmerzen mit zunehmend ischialgieforme Schmerzausstrahlung links bei - Flacher Rest-Rezidivhernie L5/S1 links - Überbeweglichkeit im Segment L5/S1 - Status nach Discectomie L5/S1 links November 2013 (KSO) - Status noch Steroid-Infiltration 1. Oktober 2015 (laut Angaben wahrscheinlich L4/5 und L5/S1) - Status nach erfolgloser Facetteninfiltration L5/S1 beidseits am 9. Dezember 2015 Dr. med. E. ___ führt aus, die funktionelle lumbale Myelographie mit Post-Myelo-CT vom 23. November 2015 zeige eine schlechtere Kontrastierung der Wurzel tasche S1 links bei hier flacher Rest-Rezidivhernie lumbosacral linksseitig. Das Schmerzbild sei im Verhältnis zum radiologischen Befund doch erstaunlich, andererseits könnten auch flache bzw. kleine Diskushernien bei narbig fixierter Nervenwurzel doch zu erheblichen Schmerzen führen. Bei dem postoperativen schmerzfreien Intervall mit nun wiederum subjektiv doch erheblichem Leidensdruck und erfolglosen Infiltrationen könne bei nun hartnäckigem Verlauf doch die Re-Discectomie in Betracht gezogen werden, wobei die Prognose in der Gesamtsituation etwas ungewiss sei. Der Beschwerdeführer selbst befürworte sehr ein operatives Vorgehen, da für ihn die Lebensqualität mittlerweile völlig ungenügend sei. 4.2 In seinem Bericht vom 28. Januar 2016 (IV-Nr. 12 S. 3 f.) äussert sich Dr. med. E. ___ dahingehend, der Beschwerdeführer sei im Anschluss an die Operation vom 19. Januar 2016 prompt aus der Narkose erwacht und habe in der frühpostoperativen Kontrolle keine neuen neurologischen Ausfälle gezeigt. Bereits am Abend des Operationstages sei der Beschwerdeführer auf eigenen Wunsch mobilisiert worden. Hierbei habe er über eine vollständige Regredienz der linksseitigen Ischiasschmerzen berichtet. Nach kurzer Zeit sei der Beschwerdeführer selbständig und über weitere Strecken beschwerdefrei gehfähig gewesen, sodass er bereits am 22. Januar 2016 auf eigenen Wunsch in gutem Allgemeinzustand nach Hause habe entlassen werden können. Bereits in den drei Hospitalisationstagen habe die Analgetika-Medikation weitestgehend ausgeschlichen werden können. 4.3 Über die postoperative Nachkontrolle vom 14. März 2016 berichtet Dr. med. E. ___ gleichentags (IV-Nr.

E. 8

8.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu. Die mit Verfügung vom 5. November 2018 (A.S. 42) bewilligte unentgeltliche Rechtspflege wurde ausschliesslich in Bezug auf die Gerichtskosten gewährt, zumal als unentgeltlicher Rechtsbeistand im Sinne von Art. 37 Abs. 4 ATSG nur patentierte Anwältinnen und Anwälte zugelassen sind (BGE 132 V 200).

8.2 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 die Verfahrenskosten 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:

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 zehn 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

Die Vizepräsidentin Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Fischer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_461/2019 vom 22. November 2019 teilweise aufgehoben.

E. 12

S. 9 f.) der Beschwerdeführer schildere nach sehr erfreulichem frühpostoperativem Verlauf mit vollständiger Regredienz der Ischiasschmerzen dann zuhause erneut aufgetretene ischialgieforme Schmerzen links, nachdem er das Targin vollständig abgesetzt habe. Mittlerweile bestünden nun wieder linksseitige ischialgieforme Schmerzen mit Krämpfen in der Wade, weshalb er zurzeit wieder morgens und abends ein Targin 10 mg benötige. Spazieren könne er bis zu ½ Stunde, sitzen bis zu ¾ Stunden. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine Anhaltspunkte mehr für eine relevante kompressive Radiculopathie links gefunden. Da der Beschwerdeführer nach der Operation vorübergehend schmerzfrei gewesen sei, werde nun ein erneutes MRI der Lendenwirbelsäule veranlasst (Ödem, Kompression Nervenwurzel S1 links?). 4.4 Dem Arztbericht von Dr. med. F.____, Rehabilitations- und Rheumazentrum G.____, vom 23. November 2016 (IV-Nr. 25 S. 13 ff.), lässt sich entnehmen, unbestrittenermassen bestehe die Vorgeschichte eines radikulären Schmerzsyndroms entsprechend der S1-Wurzel links mit auch objektivierten elektrophysiologischen Zeichen einer S1-Läsion links im Mai diesen Jahres. Ein sensomotorisches Defizit lasse sich nun in der klinischen Untersuchung nicht objektivieren. Es zeige sich jedoch ein atypisches Schmerzverhalten mit wechselnder Klinik, so dass beispielsweise der Zehengang nur kurzfristig möglich gewesen sei und beim Kauertest massivste Schmerzen in der Kniekehle links bei gleichzeitigem Einknicken im rechten Bein aufgetreten seien. Es hätten auch positive Waddell signs im Sinne einer Ablenkung bestanden (problemlos ausführbarer Langsitz mit Berühren der Zehen möglich mit deutlicher Diskrepanz einer klassischen Prüfung eines positiven Lasègue). Des Weiteren könne die Einschätzung einer lumbalen Instabilität bei Hyperlaxizität und ungenügender Rumpfstabilisation geteilt werden. Interessanterweise habe sich durch die ISG-Infiltration links das Beschwerdebild kurzfristig positiv beeinflussen lassen, bei sonst unergiebigem Wurzel-Infiltration, was auch klar für eine Ausweitungstendenz spreche. Angesichts der auch zunehmenden Katastrophisierung und bis anhin nie versuchten intensivem multidisziplinärem Setting, sehe er, Dr. med. F.____, die Indikation eines

ambulanten multimodalen Rehabilitationsprogrammes klar gegeben. 4.5 Vom 12. September 2016 bis 31. November 2016 fand im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ein Belastbarkeitstraining in der H.____ statt. Aus dem Abschlussbericht vom 1. Dezember 2016 (IV-Nr. 22) geht hervor, der Beschwerdeführer habe am 12. September 2016 mit einem Pensum von 3 mal 2 Stunden pro Woche gestartet. Aufgrund starker Schmerzen habe er viel gefehlt und keine Konstanz aufbauen können. Auch eine Steigerung des Pensums habe nicht erreicht werden können. Das Hauptthema beim Beschwerdeführer seien seine Schmerzen. Egal in welchem Kontext, ob im Coachinggespräch oder bei anderen Aufgaben, stünden die Schmerzen bei ihm dauernd im Vordergrund. Der Beschwerdeführer drehe sich dabei immer wieder im Kreis und zeige keine Fortschritte dabei, einen Umgang mit den Schmerzen zu entwickeln. Die Schwierigkeit bestehe sicherlich auch in der Mehrfachproblematik seiner Situation. Medizinische, finanzielle, soziale und psychische Sorgen bedingten und verstärkten einander. Dabei sei auch eine gewisse Opferhaltung und Vermeidungstaktik spürbar. Die schwierige Situation des Beschwerdeführers solle nicht unterschätzt werden, aber die genannten Faktoren würden zurzeit seinen Blick nach vorne blockieren. Zum jetzigen Zeitpunkt könne eine berufliche Wiedereingliederung nicht umgesetzt werden. 4.6 Dem Bericht von Dr. med. F.____ vom 30. März 2017 (IV-Nr. 25 S. 8 ff.) lässt sich entnehmen, dass sich unter Absolvierung eines weiteren gelockerten Settings nach funktionsorientiertem Rehabilitationsprogramm in den letzten sechs Wochen weitere Fortschritte im Kraft- und Ausdauerbereich erreichen liessen, die Körperwahrnehmung habe sich wenig verbessert. Nach wie vor bleibe es für den Beschwerdeführer äusserst schwierig, seine Beschwerden einzuordnen. Des Weiteren bestehe eine erschwerte Tagesstruktur und für den Beschwerdeführer sei es nicht möglich gewesen, die RTT-Trainings am Morgen zeitgerecht einzuhalten, wegen Schlafproblemen in der Nacht mit wiederkehrenden Krämpfen. Zusammenfassend bestünden klare seelische Barrieren, so dass keine weitere Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit unter Fortsetzung einer ambulanten Physiotherapie zu erwarten sei. Dennoch hätten sich die gesetzten Ziele, wie zwei Einkaufstaschen à je 5 kg die Treppe hinauftragen oder für jede Therapie vom Bahnhof hoch- und runterzugehen, erreichen lassen. Eine Stunde am Computer zu sitzen sei nicht möglich gewesen, es seien nur maximal 45 Minuten möglich. Auch die Schlafhygiene kennen und anwenden sei aus Sicht des Beschwerdeführers nicht erreicht worden. Heute sei nochmalig diese sehr atypische Klinik thematisiert worden und er, Dr. med. F.____, habe sich nun dennoch zur Veranlassung einer MRI-Verlaufsuntersuchung entschlossen, auch aus didaktischen Gründen, um dem Beschwerdeführer die Befunde klar darzulegen. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer ein verschwommenes Sehen in den letzten zwei Monaten beklagt, das deutlich zunehme. Er sei diesbezüglich sehr verunsichert. Auch zwecks Ausschlusses einer ophthalmologischen Genese werde die Augenklinik [...] um Aufgebot des Beschwerdeführers gebeten. Zusammenfassend bestehe eine diffuse Beschwerdeproblematik, die somatisch nicht hinreichend erklärt sei. Es bestehe eine zunehmende psychosoziale Belastungssituation, so dass langfristig eine psychotherapeutische Begleitung aufgegleist werde. 4.7 In seinem Bericht vom 27. April 2017 (IV-Nr. 25 S. 5 ff.) äussert sich Dr. med. F.____ dahingehend, die Verlaufs-MRI-Untersuchung vom 21. April 2017 zeige weiterhin keinerlei Anhaltspunkte einer Neurokompression. Der Beschwerdeführer berichte über einen anhaltenden krampfartigen Schmerzcharakter im gesamten linken Bein meist nachts auftretend. Des Weiteren bestehe eine anhaltende körperliche Dekonditionierung, welche aus physiotherapeutischer Sicht unbedingt angegangen werden müsse. Aus

ophthalmologischer Sicht habe sich leider der Befund eines beidseitigen Katarakts ergeben, angeblich sei hierbei ein operatives Vorgehen laut Aussagen des Beschwerdeführers geplant. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer vor fünf Tagen die Notfallstation aufgrund von einem anhaltenden Hustenanfall konsultiert, wo man computertomographisch den Befund eines bullösen Lungenemphysems habe nachweisen können. Die neuen Diagnosen würden den Beschwerdeführer beschäftigen, weshalb er auch eine engmaschige psychiatrische Mitbegleitung wünsche. 4.8 Der Hausarzt, Dr. med. I. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, stellt in seinem Arztbericht vom

E. 14

Mai 2017 (IV-Nr. 25 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Akute Lumboischialgie links, MR vom 23. September 2013; linkslaterale Bandscheibenhernie und Foramenenge L5/S1; Mikrochirurgische Sequestrektomie L5/S1 links am 22. November 2013. - Rezidiv September 2015, danach weitere Konsultationen bei Dr. J. ____ und Dr. E. ____ - Erneute Rücken-OP 19. Januar 2016; Überweisung zum Psychiater (Dr. K. ____, Solothurn); Überweisung L. ____ im Juli 2016. Ab Januar 2017 Planung eines ambulanten Rehabilitationsprogrammes. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Isolierte VKB (Vordere Kreuzband)-Läsion Knie links, bestehend seit 2. September 2004 - Inguinalhernienoperation links, Inguinalhernienoperation rechts am 5. Mai 2014 - Depressive Episode mit Somatisierungstendenz, bestehend seit 2. Januar 2011 - Hustenanfall mit Stechen der linken Thoraxseite, bestehend seit 20. April 2017 - Ausgeprägtes Lungenemphysem Bei den erhobenen Befunden gibt Dr. med. I. ____ ein atypisches Schmerzverhalten mit wechselnder Klinik, kein sensomotorisches Defizit und positive Waddel signs im Sinne einer Ablenkung an. Zur Arbeitsfähigkeit bemerkt er, der Beschwerdeführer sei wegen stärkster Rückenschmerzen und Ausstrahlungen ins linke Bein seit Monaten nicht mehr arbeitsfähig. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, wobei zum zeitlichen Rahmen keine Aussage möglich sei. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, möglich seien nur noch leichte körperliche Tätigkeiten in Wechsellast. Der Beschwerdeführer müsse viele Pausen einlegen. Die Arbeitsfähigkeit könne in der bisherigen Tätigkeit nicht verbessert werden. Dr. med. I. ____ führt weiter aus, dem Beschwerdeführer seien andere Tätigkeiten in der Art von leichter körperlicher Arbeit in Wechsellast zumutbar. Der Beschwerdeführer müsse Gelegenheit haben, Pausen einzulegen, es dürfe keine Druckausübung seitens Tempo oder komplexer Arbeitsabläufe gegeben sein und aufgrund der Schwere der COPD mit Lungenemphysem dürften keine Rauch- oder Dampfmissionen vorhanden sein. Diese Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer im Rahmen von zwei bis drei Stunden täglich zumutbar, wobei eine um 30-40 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Dr. med. I. ____ äussert sich weiter dahingehend, aufgrund der Inkonsistenz der geschilderten Beschwerden und der körperlichen Befunde sowie des Verdachts auf erhebliche psychische Überlastung liege ein extrem protrahierter Verlauf vor. 4.9 Dem im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch die Begutachtungsstelle D. ____ am 2. November 2017 (IV-Nr. 42.1) erstellten polydisziplinären Gutachten lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (S. 39 f.): - Rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradige Episode - Chronisches lumbovertebrogenes Schmerzsyndrom mit symptomatischer ISG-Ligamentopathie und lumbosakraler Facettenarthrose sowie residuellem radikulärem Schmerz- und sensiblem Ausfallssyndrom der Wurzel S1 links bei · St. n. Diskushernien-Operation L5/S1 links am 22. November 2013 · St. n. Re-Fenestration L5/S1 links mit Neurolyse der Wurzel S1 und Abtragen des medianen

Anteils des Processus articularis superior am 19. Januar 2016 · Lumbaler Fehlstatik bei linkskonvexer Seitenausbiegung (Cobb 10°) und lumbosakraler Hyperlordose (Lordose-Winkel 90°) · Rx LWS a.p./seitlich sowie Funktionsaufnahmen vom 2. Juni 2017: lumbosakrale Facettenarthrosen, unauffällige Funktionsaufnahmen · MRI LWS vom 21. April 2017: Axial-foraminle Einengung L4/5 durch laterale Dikusprotrusion, diskrete mediolinkslaterale Protrusion L5/S1, keine Wurzelkompression Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden die Folgenden aufgeführt (S. 40): - St. n. VKB-Läsion linkes Knie, operativ versorgt 2004, ohne Folgeerscheinungen - Anamnestisch St. n. Ellbogenluxation rechts, folgenlos ausgeheilt - Anamnestisch St. n. Clavikulafraktur im Kindesalter, folgenlos ausgeheilt - Konstitutionelle Laxität leichten Grades - Ausgeprägte Fussinsuffizienz links, geringgradig rechts - Bullöses Lungenemphysem apikal beidseits, laut Akten - St. n. Inguinalhernie-Operation beidseits 2012/2014 - St. n. Tonsillektomie - St. n. Katarakt-Operation links August 2017 Dem Gutachten lässt sich entnehmen, bei der klinischen Untersuchung stelle sich ein muskelkräftiger, übergewichtiger Mann dar. Das Gangbild sei unauffällig, die bei der Untersuchung erforderlichen Tätigkeiten wie An- und Ausziehen, Besteigen der Liege etc. würden ohne ersichtliche Beeinträchtigung durchgeführt. Die Flexionsbewegung der LWS sei weitestgehend frei. Beim Langsitz auf der Liege könnten mit den Fingerspitzen die Zehen bei durchgestreckten Kniegelenken berührt werden. Bei Hyperextension und Torsion der LWS werde stereotyp eine Schmerzhaftigkeit im ISG-Bereich links, in geringerem Masse am lumbosakralen Übergang geäußert. Neurologischerseits liessen sich keine Atrophien an den Beinen feststellen. Die Nervendehnungszeichen würden negativ ausfallen. Der Achillessehnenreflex (ASR) sei links abgeschwächt, ein motorischer Ausfall sei nicht objektivierbar. Die Sensibilität sei schwerpunktmässig am lateralen Fussrand und am Bein dorsal reduziert. Myographisch könnten aktuell im von S1 innervierten Caput mediale des Musculus gastrocnemius keine akuten Denervationszeichen im Sinne von Fibrillationen oder positiven scharfen Wellen mehr nachgewiesen werden. Es fänden sich gehäuft Faszikulationen und vereinzelt seien die Muskeleinheitspotenziale etwas chronisch-neurogen verändert, vereinbar mit einer stattgehabten Kompression. Eine relevante Wurzelkompression sei aber schon rein klinisch auszuschliessen, sei doch der in den Akten als fehlend beschriebene ASR auf der linken Seite jetzt zweifelsfrei wieder auslösbar. Somit lasse sich die aktuelle lumbovertebrogene Symptomatik als Ausdruck einer Irritation vor allem des ISG links und – in geringerem Masse – der lumbosakralen Facetten identifizieren. Bezüglich des ISG habe sich aktuell keine Funktionsstörung nachweisen lassen. Es fehlten Hinweise auf frische radikuläre Irritationen. Die Ausfallssymptomatik der Wurzel S1 links sei als residuell zu betrachten. Als Einflussfaktoren auf das lumbale Schmerzgeschehen seien mehreren Faktoren zu sehen. Es liege eine Fehlstatik der LWS vor im Sinne einer Hyperlordose (Lordose-Winkel 90°) sowie eine linkskonvexe Seitenausbiegung (Cobb 10°). Es sei von einer Instabilität des lumbosakralen Übergangs bei insuffizienter ventraler muskulärer Abstützung und Übergewichtigkeit (20 kg Gewichtszunahme innerhalb von zwei Jahren) auszugehen. Das Gutachten führt weiter aus, die Schmerzsymptomatik im linken Bein sei mittlerweile als tendomyotisch geprägt zu interpretieren, hierbei dürften die residuelle radikuläre Ausfallssymptomatik, die iliosakrale Funktionsstörung links sowie die hochgradige Fussinsuffizienz links eine Rolle spielen (Tendomyosen in der «Steigbügelmuskulatur»). Die iliosakrale Symptomatik werde unter anderem gefördert durch eine konstitutionelle Laxität, welche sich an den peripheren Gelenken – unter anderem an den Ellbogen- und

Kniegelenken – zeige. Auf dem psychiatrischen Fachgebiet beschreibe der Beschwerdeführer eine ängstlich-depressive Symptomatik im Rahmen einer Trennung mit kompensatorischer vermehrter Arbeitstätigkeit. Hinzu sei eine Umstrukturierung des Arbeitsplatzes gekommen. Im Rahmen dieser Krise sei es laut Angabe zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung, inklusive antidepressiver Behandlung über den Hausarzt gekommen. Nach einer Verbesserung sei es im Rahmen der vermehrten Schmerzen erneut zu einer depressiven Reaktion gekommen. Zusätzlich hätten drei Todesfälle in der Familie zu einer Verstärkung der Symptomatik geführt. Der Beschwerdeführer berichte über depressive Symptome. Bei der Exploration hätten sich ein hohes Mitteilungsbedürfnis, eine Affektlabilität, eine depressive Stimmungslage, Gedankenkreisen, Zukunftsängste sowie Insuffizienz- und Schamgefühle gezeigt. Besonders belastend für den Beschwerdeführer seien der Verlust des Arbeitsplatzes und der soziale Abstieg gewesen. Eine ambulante Psychotherapie sei dem Beschwerdeführer zwar empfohlen, jedoch aktuell noch nicht etabliert worden. Eine antidepressive Medikation bestehe nicht. Die auf dem orthopädischen Fachgebiet feststellbaren Befunde beeinträchtigten die Belastbarkeit der LWS. Es könnten keine schweren Belastungen und auch nur zeitweise mittelschwere Belastungen durchgeführt werden, ebensowenig stereotype Körperhaltungen sowie Tätigkeiten in gebückter Position. Infolge der depressiven Symptomatik ergäben sich funktionelle Einschränkungen, die sich insbesondere auf Planung und Strukturierung von Aufgaben limitierend auswirkten. Der Beschwerdeführer sei auch weniger flexibel, die Umstellungsfähigkeit sei geringer. Seine Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien reduziert. Es bestehe ein sozialer Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt. Die Spontanaktivitäten seien limitiert. Zur Arbeitsfähigkeit äussert sich das Gutachten dahingehend, der Beschwerdeführer sei für die zuletzt ausgerichtete Tätigkeit als Maschineneinrichter, wobei es sich um eine körperlich stark belastende Tätigkeit handle, seit dem 19. Januar 2016 zu 100 % arbeitsunfähig. Leichte, zeitweise mittelschwere Tätigkeiten könnten aus somatischer Sicht vollschichtig durchgeführt werden unter Vermeidung von stereotypen Körperhaltungen und häufigen Arbeiten in gebückter Position. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit (Rendement) werde aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik mit 20 % veranschlagt. Diese Einschätzung werde ab dem 19. Januar 2016 datiert. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit infolge der depressiven Symptomatik reduziert. Sie werde auf 70 % geschätzt. Der Beginn der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht genau beziffern. Es sei zu einer allmählichen depressiven Symptomatik gekommen, vermutlich nach der zweiten Operation im Januar 2016. Dadurch, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers nach der zweiten Operation im Januar 2016 nicht verbessert und er den Arbeitsplatz verloren habe, sei es zu einer negativen Entwicklung mit zunehmender depressiver Symptomatik gekommen. Somit sei die Arbeitsfähigkeit geschätzt ab ca. März 2016 aus psychiatrischer Sicht reduziert. Dies unter Berücksichtigung, dass nach der Operation eine gewisse Zeit, angenommen würden ca. vier Wochen, die Erwartung auf Heilung bestanden habe, die dann enttäuscht worden und es zu einer depressiven Reaktion gekommen sei. Empfohlen werde die Aufgleisung einer ambulanten Psychotherapie, inklusive Pharmakotherapie mit schmerzdistanzierenden Antidepressiva. Aus orthopädischer Sicht seien bei der Behandlung chronischer Schmerzsyndrome entsprechend der aktuellen Leitlinien vor allem die Einflussfaktoren auf das Schmerzgeschehen zu identifizieren und weitest möglich zu therapieren. Hierzu empfehle sich in erster Linie eine Verbesserung der Wirbelsäulenstatik und der muskulären

Stabilisierung des lumbosakralen Übergangs. Konkret werde dringend eine Gewichtsreduktion empfohlen, des Weiteren ein Versuch mit einem Ausgleich der Beinlängendifferenz durch eine Schuheinlage um 1 cm links und einer medizinischen Trainingstherapie vor allem zur Kräftigung der LWS-stabilisierenden Muskulatur (Abdominal- und Glutealmuskelgruppe). Zudem sollte eine Einlagenversorgung zur Stützung des Fusslängsgewölbes vorgenommen werden, um die Krampfneigung der Wadenmuskulatur links positiv zu beeinflussen. Es bestehe sowohl im psychiatrischen als auch im internistischen und orthopädischen Bereich eine Therapierbarkeit. Insofern sei prinzipiell eine Besserung der Arbeitsfähigkeit möglich.

5. 5.1 Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2018 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 2. November 2017 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Der Beschwerdeführer lässt in Zusammenhang mit dieser Begutachtung im Wesentlichen vorbringen, das vom Bundesgericht mit BGE 143 V 418 vom 30. November 2017 für grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen anwendbare strukturierte Beweisverfahren mit Indikatorenprüfung sei vorliegend nicht beachtet worden. Die Beschwerdegegnerin habe eigens einen Indikatorenkatalog konstruiert, der so nicht aus dem polydisziplinären Gutachten hervorgehe.

5.2 Der Beschwerdeführer wurde in den Disziplinen Allgemeinmedizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie und damit in den vorliegend relevanten Bereichen begutachtet. Das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ beruht auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse und wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt. In dieser Hinsicht genügt es den Anforderungen an ein verwertbares Gerichtsgutachten.

5.2.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten von Dr. med. M.____ wird festgehalten, der Beschwerdeführer befinde sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Kardiovaskulär lägen normale Herztöne vor, kein Geräusch, keine Herzinsuffizienz-Zeichen, die peripheren Pulse seien palpabel. Die Lungenauskultation und Perkussion seien normal, das Abdomen weich und indolent. Resistenzen lägen keine vor, die Darmgeräusche seien normal, die Nierenlogen frei. Die äusseren Genitalien seien intakt, Inguinalhernien seien keine palpabel. Am Bewegungsapparat lasse sich eine leichte Klopfdolenz paravertebral links im LWS-Bereich feststellen. Der Finger-Boden-Abstand betrage 30 cm, im Langsitz komme der Beschwerdeführer bis auf ca. 10 cm zu den Zehen. Die Hirnnerven seien intakt, der Lasègue beidseits negativ, die Reflexe symmetrisch, sensomotorische Ausfälle seien nicht vorhanden. Der Tretversuch nach Unterberger, der Halteversuch, die Diadochokinese, der Finger-Nasen-Versuch und der Zehen-Fersenstand seien unauffällig. Der Einbeinstand sei beidseits unsicher. Struma und Lymphome seien keine palpabel, die Hände nicht beschwilt (IV-Nr. 42.1 S. 13). Angesichts der erhobenen Befunde ist nachvollziehbar, dass der Experte aus allgemeininternistischer Sicht keine Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Anderslautende medizinische Berichte finden sich denn auch nicht in den Unterlagen.

5.2.2 Dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med. N.____ (IV-Nr. 42.1 S. 15 ff.) lässt sich entnehmen, die Anamneseschilderung erfolge kooperativ, Hinweise auf bewusstseinsnahe Aggravation oder übermässige Verdeutlichung lägen keine vor, es sei jedoch von einer Schmerzfokussierung und übermässigen Selbstlimitierung auszugehen. Die Stimmungslage nivelliere, Mnestik wirke vermindert. Die Psychomotorik sei leicht verlangsamt, die Fragen würden relativ unpräzise beantwortet. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein muskelkräftiger, übergewichtiger Mann dargestellt, ohne ersichtliche Beeinträchtigungen bei den bei der Untersuchung anfallenden Tätigkeiten. Es imponiere eine hohlrunde

Rückenform und eine Haltungsinsuffizienz. Zudem stelle sich eine leichte S-förmige skoliotische Seitenausbiegung der Wirbelsäule dar. Die Flexion der LWS sei weitgehend schmerzfrei gut möglich. Bei Reklination und Torsion werde eine Schmerzhaftigkeit maximal im ISG-Bereich links, in geringerer Masse am lumbosakralen Übergang geäussert. Der Langsitz auf der Liege sei problemlos möglich, der Beschwerdeführer erreiche mit den Fingerspitzen die Fussspitzen bei durchgestreckten Kniegelenken. Hinweise auf eine manifeste Funktionsstörung der Iliosakralgelenke fänden sich nicht. Bei der weiteren klinischen Untersuchung falle eine hochgradige asymmetrische Fussinsuffizienz, links deutlicher als rechts auf. Es bestehe ein Status nach einer Kreuzbandplastik rechts bei physiologischer Bänderführung und Beweglichkeit ohne Hinweise auf Reizzustände oder arthrotische Veränderungen. Auffällig sei zudem eine leichte konstitutionelle Laxität, welche sich in einer Überstreckbarkeit leichten Grades der Ellbogen- und Kniegelenke und in einer deutlichen Überstreckbarkeit der Fingergelenke ausdrücke. Dr. med. N. ___ legt nachvollziehbar dar, dass die lumbale Schmerzproblematik im Sinne eines lumbovertebralen Syndroms zu werten sei und als aktuelle Schmerzquellen das ISG und – in geringerer Masse – die lumbosakralen Facetten zu definieren seien. Weiter leuchtet ein, wenn als Einflussfaktoren auf dieses Schmerzgeschehen die Fehlstatik der LWS im Sinne einer Hyperlordose und linkskonvexen Seitenausbiegung bei insuffizienter muskulärer Stabilisierung und zunehmendem Übergewicht genannt werden. Dem Gutachter kann gefolgt werden, wenn er unter diesen Umständen ausführt, es liessen sich entsprechend der neurologischen Beurteilung residuelle radikuläre Schmerz- und sensible Ausfallsymptome der Wurzel S1 links feststellen, diese radikuläre Symptomatik sei jedoch im Rahmen des gesamten Schmerzbildes aktuell als untergeordnet einzustufen. Zu diskutieren sei die hochgradige Krampfneigung in der linken Wade. Möglicherweise addierten sich hierbei Einflussfaktoren seitens der residuellen Radikulopathie, der ISG-Symptomatik im Sinne eines tendomyotischen Komplexes und der hochgradigen Fussinsuffizienz links mit entsprechender Tendomyoseninduktion in der «Steigbügel»-Muskulatur. Wenn Dr. med. N. ___ den Schweregrad des Lumbalsyndroms als leicht- bis mittelgradig einstuft, die sonstigen Funktionseinschränkungen im orthopädischen Fachgebiet als gering einschätzt, eine verminderte Belastbarkeit der LWS feststellt und ausführt, es könnten leichte und zeitweise mittelschwere Tätigkeiten durchgeführt werden, kann ihm gefolgt werden. Der Gutachter zeigt schlüssig auf, dass die anamnestischen Angaben, die klinischen und radiologischen Befunde in sich konsistent seien, jedoch die Intensität der empfundenen Beschwerden und die daraus resultierende Selbstlimitierung aus orthopädischer Sicht nicht vollumfänglich nachvollzogen werden könnten. Dr. med. N. ___ setzt sich sodann mit den entsprechenden fachspezifischen Vorberichten auseinander, welche in Bezug auf die Beurteilung der Symptomatik mit seiner eigenen weitgehend übereinstimmen.

5.2.3 Dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. O. ___ (IV-Nr. 42.1 S. 23 ff.) ist zu entnehmen, es bestehe ein Status nach den beiden in der Diagnoseliste ausgeführten operativen Eingriffen auf Höhe L5/S1 links von November 2013 resp. Januar 2016. Es seien anschliessend zahlreiche Infiltrationsbehandlungen – ohne Ansprechen – gefolgt, wobei bezüglich Details auf den vorgängig zitierten Bericht des Rehabilitations- und Rheumazentrums des G. ___ vom 23. Dezember 2016 verwiesen werde (Ziff. 4.3.1 des Gutachtens). Dr. med. O. ___ führt aus, der Beschwerdeführer gebe anhaltende und konstant vorhandene Schmerzen im linken Bein an, vom Gesäss ausstrahlend bis zur Wade, verbunden mit Parästhesien schwerpunktmässig am seitlichen Fussrand und einer Gefühlsverminderung am Bein hinten, ohne relevante

begleitende Schwäche. Bei der klinischen Untersuchung seien Tonus und Trophik intakt, umschriebene Atrophien fänden sich keine. Die Schweißsekretion an den Fusssohlen sei beidseits ausgeprägt. Die Nervendehnungstests seien negativ. Der Achillessehnenreflex sei links abgeschwächt, jedoch zweifelsfrei vorhanden. Ein motorischer Ausfall sei nicht objektivierbar. Die Sensibilität sei schwerpunktmässig am lateralen Fussrand und am Bein dorsal reduziert, also entsprechend dem Segment S1. Die letzten MRI-Bilder LWS vom 21. April 2017 zeigten keine Kompression der Wurzel S1 links mehr, es bestünden narbige Veränderungen postoperativ. Myographisch könnten aktuell im von S1 innervierten Caput mediale des Musculus gastrocnemius keine akuten Denervationszeichen im Sinne von Fibrillationen oder positiven scharfen Wellen mehr nachgewiesen werden; es fänden sich gehäuft Faszikulationen und vereinzelt seien die Muskeleinheitspotenziale etwas chronisch neurogen verändert, vereinbar mit einer stattgehabten Kompression. Eine relevantere Wurzelkompression sei aber schon rein klinisch auszuschliessen, sei doch der in den Akten als fehlend beschriebene ASR auf der linken Seite jetzt zweifelsfrei wieder auslösbar. Dr. med. O.____ kann gefolgt werden, wenn er die Persistenz eines radikulären Schmerz- und sensiblen Ausfallssyndroms der Wurzel S1 links bei Status nach zweimaliger Dekompression 11/2013 und 01/2016 auf Höhe L5/S1 beschreibt und ausführt, die genaue Ursache dieses Schmerzsyndroms bleibe unklar, es habe formal neuropathischen Charakter. Weiter leuchten die Ausführungen des Experten ein, wonach auffallend sei, dass sämtliche Therapiemassnahmen invasiver und konservativer Art inklusive mit auf neuropathische Beschwerden wirksame Medikamente wie Pregabalin überhaupt keinen Effekt gezeigt hätten und dass der Beschwerdeführer trotz einer durchschnittlichen Intensität der Schmerzen von neun bis zehn auf der VAS keine Analgetika (mehr) einnehme. Wenn Dr. med. O.____ in der Folge den Schweregrad der neurologischen Ausfallsymptomatik als leicht bezeichnet und für den Schweregrad der Schmerzsymptomatik, der nicht objektiviert werden könne, auf den Konsens verweist, kann dem gefolgt werden. Der Experte äussert sich weiter dahingehend, bezüglich der Einschränkung von Seiten der LWS werde auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Aus dem Schmerzsyndrom des linken Beines resultiere aus neurologischer Sicht eine Rendement-Verminderung im Bereich von 20 % für sämtliche Tätigkeiten. In Bezug auf die medizinischen Massnahmen führt Dr. med. O.____ aus, aus neurologischer Sicht im engeren Sinn könnten bei fehlendem Effekt von auf neuropathische Schmerzen wirksamen Präparaten und auch Infiltrationen keine Massnahmen mehr vorgeschlagen werden.

5.2.4 Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. P.____ (IV-Nr. 42.1 S. 30 ff.) ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei in geordneten familiären Verhältnissen mit seinem Zwillingbruder bei seinen Eltern aufgewachsen. Auffällig in der Kindheitsentwicklung seien ein Sprachfehler, der logopädisch behandelt worden sei, sowie eine Hormon-Behandlung während der Pubertät. Die Schule sei regulär durchlaufen worden. Wie auch sein Zwillingbruder sei der Beschwerdeführer ungelernt geblieben. Er habe seine Lehre wegen Nichtgefallens und wegen Schwierigkeiten mit dem Lehrmeister abgebrochen. Er habe dann zu 100 % als Ungelernter konstant in einer Firma gearbeitet. Psychische Schwierigkeiten habe es ihm Rahmen einer partnerschaftlichen Trennung und von Umstrukturierungen innerhalb des Betriebes gegeben. Der Beschwerdeführer habe in dieser Situation ängstlich-depressiv reagiert, wobei er Bestätigung und Ablenkung in der Arbeit gesucht habe. Es sei zu einem Überengagement mit depressiv-ängstlicher und auch psychosomatischer Reaktion gekommen. Der Beschwerdeführer habe sich in psychologische Behandlung begeben. Zirka zwei Jahre später sei es zum Bandscheibenvorfall mit entsprechenden operativen

Interventionen gekommen. Es habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt. Dr. med. P. ___ kann gefolgt werden, wenn sie ausführt, gemäss der Diagnostik depressiver Störungen nach ICD-10 seien zwei Hauptsymptome vorhanden, nämlich eine depressive Grundstimmung und ein Interessensverlust bzw. Freudlosigkeit und parallel dazu bestünden Zusatzsymptome wie vermindertes Selbstvertrauen, vermindertes Selbstwertgefühl, Schlafstörungen und negative Zukunftsperspektiven. Unter diesen Umständen leuchtet die Schlussfolgerung ein, wonach aufgrund der zwischenzeitlichen Remission von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei. Dr. med. P. ___ legt weiter nachvollziehbar dar, dass eine Diagnose aus der Systematik der somatoformen Störungen gemäss ICD-10 nicht gestellt werden könne, da die jeweiligen Eingangskriterien nicht erfüllt seien. Der Arbeitsplatzverlust und der soziale Abstieg mit drohender Abhängigkeit von der Sozialhilfe seien für den Beschwerdeführer schwierig zu ertragen und wirkten sich insgesamt negativ auf seine psychische Struktur aus. Bei der Begutachtung sei noch der Verdacht einer Konversionsstörung aufgekommen. Zum Schweregrad äussert sich die Expertin dahingehend, die depressive Episode werde als leicht- bis mittelgradig ausgeprägt eingestuft. Infolge der depressiven Grundstimmung, der gleichzeitigen Weitschweifigkeit, der raschen Erschöpfung ergäben sich funktionelle Einschränkungen, die sich insbesondere auf Planung und Strukturierung von Aufgaben limitierend auswirkten. Der Beschwerdeführer sei auch weniger flexibel, die Umstellungsfähigkeit sei geringer. Seine Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien reduziert. Es bestehe ein sozialer Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt. Die Spontanaktivitäten seien deutlich limitiert. Belastungsfaktoren bestünden in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer seine letzte Stelle verloren habe und infolge seiner gesundheitlichen Probleme und seines Ausbildungsstandes vermehrt Schwierigkeiten habe, wieder eine entsprechende geeignete Arbeit zu finden. Für den Beschwerdeführer belastend sei die drohende Abhängigkeit von der Sozialhilfe. Allfällig relevante Persönlichkeitsfaktoren fänden sich vorliegend keine, an der Konsistenz bestehe kein Zweifel. Aktuell erscheine die Arbeitsfähigkeit durch die depressive Symptomatik auf 70 % reduziert.

5.2.5 Was die psychiatrische Beurteilung angeht, so ist das sog. strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 nach der neuen, am 30. November 2017 begründeten Praxis grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen anzuwenden (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Die Frage, ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich nach einem strukturierten, normativen Prüfungsraster. Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f.). Die massgeblichen Standardindikatoren lauten wie folgt (a.a.O. E. 4.1.3 S. 297):

- 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad»
 - a) Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten
 - b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - c) Komplex «Sozialer Kontext»
- 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten

verlieren indes nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. Mithin ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und / oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). Das vorliegende Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 2. November 2017 äussert sich nicht ausdrücklich zu den besagten Indikatoren, enthält aber – wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung zu Recht festgehalten hat – diejenigen Feststellungen, welche eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309): Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» äussert sich das psychiatrische Gutachten explizit dahingehend, die depressive Episode werde als leicht- bis mittelgradig ausgeprägt eingestuft. Auch liegen Aussagen zu den daraus resultierenden Funktionsstörungen vor: Infolge der depressiven Grundstimmung, der gleichzeitigen Weitschweifigkeit und der raschen Erschöpfung würden sich funktionelle Einschränkungen ergeben, die sich insbesondere auf Planung und Strukturierung von Aufgaben limitierend auswirkten. Der Beschwerdeführer sei auch weniger flexibel, die Umstellungsfähigkeit sei geringer. Seine Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit seien reduziert. Es bestehe ein sozialer Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt. Die Spontanaktivitäten seien deutlich limitiert (IV-Nr. 42.1 S. 37). Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg» lässt sich dem Gutachten entnehmen, prinzipiell bestehe eine Therapiebarkeit der einzelnen Funktionsstörungen in den verschiedenen Fachbereichen. Insofern sei eine Besserung der Arbeitsfähigkeit möglich. Die Etablierung einer ambulanten Psychotherapie, inklusive Pharmakotherapie mit schmerzdistanzierenden Antidepressiva, solle aufgegleist werden (IV-Nr. 42.1 S. 46). Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Diesbezüglich äussert sich das Gutachten dahingehend, die auf dem orthopädischen Fachgebiet feststellbaren Befunde beeinträchtigten die Belastbarkeit der LWS. Es könnten keine schweren Belastungen und auch nur zeitweise mittelschwere Belastungen durchgeführt werden. Aus somatischer Sicht könnten leichte, zeitweise mittelschwere Tätigkeiten vollschichtig durchgeführt werden unter Vermeidung von stereotypen Körperhaltungen und häufigen Arbeiten in gebückter Position. Die Reduktion der Leistungsfähigkeit (Rendement) werde aufgrund der nachvollziehbaren Schmerzsymptomatik mit 20 % veranschlagt (IV-Nr. 42.1 S. 43 f.). Mit Bezug auf den Komplex «Persönlichkeit» führt Dr. med. P.____ aus, beim inhaltlichen Denken zeige sich eine deutliche hypochondrische Komponente, indem sich der Beschwerdeführer sehr viel mit seinem Gesundheitszustand beschäftige und Angst vor einer weiteren Verschlechterung desselben habe. Es müsse jedoch gesagt werden, dass seine Ängste auch einen realen Hintergrund hätten und nicht rein psychopathologisch verstanden werden könnten. Sonstige inhaltliche Denkstörungen und Hinweise auf Ich- oder Wahrnehmungsstörungen bestünden nicht (IV-Nr. 42.1 S. 36). Der Komplex «Sozialer Kontext» weise nur begrenzte Ressourcen aus. So lebe der ledige Beschwerdeführer allein in einer 3 ½-Zimmerwohnung. Eine Beziehung führe er nicht, Haustiere habe er keine. Das Verhältnis zu seinem Zwillingbruder sei gut (IV-Nr. 42.2 S. 31). Es bestehe ein sozialer

Rückzug, sodass auch die Kontaktfähigkeit zu Dritten und insbesondere die Teamfähigkeit eingeschränkt seien. Die familiären Beziehungen seien intakt (IV-Nr. 42.1 S. 37). Belastungsfaktoren bestünden in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer seine letzte Stelle verloren und infolge seiner gesundheitlichen Probleme und seines Ausbildungsstandes vermehrt Schwierigkeiten habe, wieder eine entsprechende, geeignete Arbeit zu finden. Für den Beschwerdeführer belastend sei die drohende Abhängigkeit von der Sozialhilfe (IV-Nr. 42.1 S. 37). Zur «Konsistenz» lässt sich dem Gutachten entnehmen, aus somatischer Sicht seien anamnestiche Angaben, klinische und radiologische Befunde prinzipiell in sich konsistent, wenn auch die Intensität der empfundenen Beschwerden und die hochgradige Selbstlimitierung rein somatisch nicht vollumfänglich nachvollzogen werden könnten (IV-Nr. 42.1 S. 43 f.). Auffallend sei, dass sämtliche Therapiemassnahmen invasiver und konservativer Art inklusive mit auf neuropathische Beschwerden wirksamen Medikamenten wie Pregabalin überhaupt keinen Effekt zeigten; auffallend sei auch, dass der Beschwerdeführer trotz einer durchschnittlichen Intensität der Schmerzen von neun bis zehn auf der VAS keine Analgetika (mehr) einnehme (IV-Nr. 42.1 S. 28). Die Angaben des Beschwerdeführers würden aus psychiatrischer Sicht konsistent erscheinen. Da das Ausmass der erlebten Schmerzen nicht somatisch begründet werden könne, müsse differenzialdiagnostisch an eine Konversionsstörung gedacht werden. Hier sei jedoch zu sagen, dass diese Diagnose nicht eindeutig gestellt werden könne. Auch die Eingangskriterien in Bezug auf eine somatoforme Schmerzstörung seien nach ICD-10 nicht erfüllt (IV-Nr. 42.1 S. 43 f.). Nach dem Gesagten erweist sich auch das psychiatrische Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___ im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung als beweismässig, wenn auch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 % vorliegend eher grosszügig erscheint. 5.3 Schliesslich vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens nicht zu schmälern. So ist insbesondere festzuhalten, dass eine somatoforme Schmerzstörung ausdrücklich nicht diagnostiziert wurde (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor). Gleiches gilt für die Konversionsstörung, welche wohl in den differentialdiagnostischen Überlegungen in Erwägung gezogen, jedoch ausdrücklich nicht diagnostiziert wurde (IV-Nr. 66). Dem Einwand des Beschwerdeführers, wonach seine Arbeitsfähigkeit infolge der Schmerzsymptomatik um 20 % und aufgrund der psychischen Problematik um 30 % reduziert sei, damit die Arbeitsunfähigkeit insgesamt höher als 30 % zu gewichten sei, kann ebenfalls nicht gefolgt werden. Bei Einschränkungen aus psychischer und physischer Sicht besteht häufig kein Anlass, diese unter verschiedenen medizinischen Titeln ausgewiesenen Teilarbeitsunfähigkeiten zu kumulieren, da der Umfang der grössten Teileinschränkung auch die weiteren Entlastungserfordernisse abdeckt (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 514/06 vom 25. Mai 2007 E. 2.1 mit Hinweisen). Wenn die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall für die Durchführung des Einkommensvergleichs eine Leistungseinschränkung um 30 % berücksichtigt, leuchtet dies namentlich vor dem Hintergrund ein, dass der Beschwerdeführer an einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode leidet, welche, wie dem Gutachten der Begutachtungsstelle D. ___ zu entnehmen ist, bislang keine ambulante Psychotherapie und ebenso wenig eine antidepressive Medikation nach sich gezogen hat. Selbst wenn sich neben der aus psychiatrischer Sicht um 30 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit zusätzlich noch eine somatisch begründbare Arbeitsunfähigkeit isoliert darstellen lässt, kann daraus nicht ohne Weiteres auf eine Erhöhung der aus sämtlichen Beschwerden resultierenden Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden. Eine einfache Addition verschiedener Teilarbeitsunfähigkeiten kann je nach den

konkreten Fallmerkmalen ein zu hohes oder zu niedriges Ergebnis zeitigen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 372/02 vom 11. März 2003 E. 3.3). Wenn die Beschwerdegegnerin von einer Leistungseinschränkung von insgesamt 30 % ausgeht, ist dies angemessen. 5.4 Zusammenfassend erweisen sich die gutachterlichen Ausführungen als nachvollziehbar und das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten ist als voll beweiswertig zu qualifizieren. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht von der Zumutbarkeit einer körperlich angepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Zwangshaltung oder repetitives Arbeiten im Umfang von 100 % ausgegangen, wobei seit 19. Januar 2016 eine Leistungseinschränkung von 20 % aufgrund der Schmerzsymptomatik besteht resp. seit März 2016 eine solche von 30 % aufgrund der zusätzlich hinzugetretenen depressiven Symptomatik. 6. Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene und vom Beschwerdeführer in der Beschwerde zu Recht nicht bemängelte Einkommensvergleich ist im vorliegenden Fall nicht zu beanstanden. 6.1 Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was er bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51 E. 5.1 5. 53). Da die bisherige Tätigkeit erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom – wenn nötig der Teuerung und der Einkommensentwicklung angepassten – letzten Verdienst auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59; Urteil des Bundesgerichts 9C_532/2016 vom 25. November 2016 E. 3.4.1). Im vorliegenden Fall kann nicht an die Anstellung bei der C.____ angeknüpft werden, da das Arbeitsverhältnis per 31. Juli 2015 infolge wirtschaftlicher Gründe (Werksverlagerung ins Ausland) aufgelöst wurde. Die Tätigkeit bei der Q.____ (vgl. IV-Nr. 42.1 S. 10 in fine) wiederum war mit 1,5 Monaten zu kurz, um repräsentativ zu sein. Vor diesem Hintergrund ist die Beschwerdegegnerin zu Recht von den statistischen Durchschnittslöhnen aus der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) für das Jahr 2014 ausgegangen und hat hierbei auf Ziff. 49 - 53 «Verkehr und Lagerei» abgestellt, da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall eine der letzten Anstellung bei der C.____ vergleichbare Tätigkeit ausgeübt hätte. Der Wert für Männer belief sich im Jahr 2014 auf CHF 5'481.00. Angepasst an die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit im entsprechenden Sektor von 42,4 Stunden sowie der entsprechenden Nominallohnentwicklung von 2014 (Indexstand 101,7) auf 2016 (Indexstand 102,4) ergibt sich damit – wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht angenommen – ein Valideneinkommen von CHF 70'198.00. 6.2 Für die Berechnung des Invalideneinkommens hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Totalwert für Männer im Kompetenzniveau 1 der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2014 abgestellt. Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. II. 5.4 hiavor) zu 30 % eingeschränkt. Dabei stehen ihm, unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen, sämtliche Tätigkeiten des Kompetenzniveaus 1, welches einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art umfasst, offen. Der Totalwert für Männer beläuft sich hier auf CHF 5'312.00. Angepasst an das Total der durchschnittlichen betriebsüblichen Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden sowie der unter Berücksichtigung der der allgemeinen Nominallohnentwicklung von 2014 (Indexstand 103,3) auf 2016 (Indexstand 104,4) ergibt sich ein Jahreseinkommen von CHF 67'161.00 bei voller Arbeitsfähigkeit resp. von CHF 47'013.00 unter Berücksichtigung der Leistungseinschränkung um 30 %. 6.3 Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Der Beschwerdeführer hat in

seinem Einwand gegen den Vorbescheid (IV-Nr. 60 S. 7) vorgebracht, dass aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen und seines Alters Anspruch auf einen solchen von mindestens 15 % bestehe. Rechtsprechungsgemäss ist das Alter jeweils unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände des Einzelfalls zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 8C_327/2018 vom 31. August 2018 E. 4.4.2 mit Hinweisen). Das Alter ist im Zusammenhang mit dem Leidensabzug jedoch nur soweit zu berücksichtigen, wie es die Erwerbssaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert. Davon kann mit Bezug auf den im Zeitpunkt des Verfügungserlasses erst 41 Jahre alten Beschwerdeführer nicht ausgegangen werden. Das Bundesgericht liess das Alter auch im Fall eines 53-jährigen Versicherten ausser Acht (Urteil des Bundesgerichts 8C_579/2017 vom 11. Dezember 2017 m.H.a. BGE 126 V 75). Die LSE Tabelle T17 weist mit ihren drei Alterskategorien (bis 29 Jahre; 30 bis 49 Jahre; 50 Jahre und älter) tendenziell eher eine steigende Verdienstmöglichkeit mit fortschreitendem Alter aus. Dass das Alter die Stellensuche faktisch negativ beeinflussen kann, muss als invaliditätsfremder Faktor grundsätzlich unberücksichtigt bleiben (Urteil des Bundesgerichts 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2). Im Übrigen werden Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt, womit sich der Faktor Alter nicht (zwingend) lohnsenkend, sondern bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 (seit LSE 2012: Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art, Kompetenzniveau 1) statistisch gesehen sogar loohnerhöhend auswirkt (Urteil des Bundesgerichts 8C_14/2017 vom 15. März 2017 E. 6.3 mit Hinweis). Schliesslich rechtfertigen es auch die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers nicht, einen Abzug vorzunehmen. Sind leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar, ist allein deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt; dies ergibt sich daraus, dass der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_72/2009 vom 30. März 2009 E. 3.4 mit Hinweisen). Darüber hinaus wurden die gesundheitlichen Einschränkungen bereits bei der Beurteilung der medizinischen Arbeits- resp. Leistungsfähigkeit berücksichtigt, weshalb diese nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 mit Hinweisen). Weitere Faktoren, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen würden, sind vorliegend nicht gegeben. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist daher – in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin – nicht angezeigt.

6.4 Bei einem Valideneinkommen von CHF 70'198.00 und einem Invalideneinkommen von CHF 47'013.00 resultiert folglich ein Invaliditätsgrad von 33 %, der keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung vermittelt.

7. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen.

8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer kein Anspruch auf eine Parteientschädigung zu. Die mit Verfügung vom 5. November 2018 (A.S. 42) bewilligte unentgeltliche Rechtspflege wurde ausschliesslich in Bezug auf die Gerichtskosten gewährt, zumal als unentgeltlicher Rechtsbeistand im Sinne von Art. 37 Abs. 4 ATSG nur patentierte Anwältinnen und Anwälte zugelassen sind (BGE 132 V 200).

8.2 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 die Verfahrenskosten 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).

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