

# **SO\_GERICHTE VSBES.2015.161 vom 7. Mai 2015**

SO Obergericht, 2015-05-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.161](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.161)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.161 du 7 mai 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.161 del 7 maggio 2015

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

a) Dem Beschwerdeführer seien ab wann rechtens die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Eingliederungsmassnahmen, Umschulung, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% zuzusprechen. b) Eventualiter: Es seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen.

### **E. 3**

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

### **E. 4**

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

### **E. 5**

Der Beschwerdeführer sei von der Leistung eines Gerichtskostenvorschusses zu befreien.

### **E. 6**

Mässige sekundäre Coxarthrose links bei bekannter Hüftgelenkdisplasie beidseits, aktuell mit Insertionstendinopathie der Adduktoren links

### **E. 7**

Diskrete Gonarthrose medial links bei Varusfehlstellung und bei St. n. Distorsion mit Zerrung Lig. collaterale mediale und Dehnung Ansatz Pes anserinus 31. Juli 2002, St. n. arthroskopischer Plicaresektion links medial 15. November 2006, St. n. wiederholten Kontusionen, letztmals 20. Januar 2013

### **E. 8**

Status nach operativer Behandlung einer Abrissfraktur des Epicondylus humeri radialis linker Ellenbogen 1984, keine Folgen

### **E. 9**

Narzisstische Wesenszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung

### **E. 10**

Nikotinabusus

### **E. 11**

Status nach schwerer Zystitis/Prostatitis 09/2009, aktuell asymptomatisch

### **E. 12**

Status nach Analfissur 03/2006, aktuell asymptomatisch

### **E. 13**

Atopische Diathese (Pollen, verschiedene Früchte und Nüsse, saisonale Rhinokonjunktivitis) Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, als zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit werde die eines selbstständigen Gastronoms (Café-Wirtschaft) zugrunde gelegt. In dieser Tätigkeit seien nicht nur allfällige Servicetätigkeiten sondern auch Arbeiten z.B. in einem Getränkelager, Material- und Speisenlager, etc. nicht vermeidbar. Derartige Tätigkeiten seien mit einer vermehrten statischen Inanspruchnahme beider Schultergelenke, des Rückens und der Lendenwirbelsäule und auch der Kniegelenke verbunden. Die bei diesem Versicherten vorliegenden Schäden im Bereich der Lendenwirbelsäule, die Instabilität des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk und die MRI-gesicherte beidseitige Schulterpathologie begründe anteilige Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates aus orthopädisch somatischer Sicht. Rheumatologisch würden sämtliche Befunde am Bewegungsapparat bei Beachtung des Belastungsprofils als nicht beeinträchtigend gelten. Ergänzend habe der neurologische Gutachter auf eine beeinträchtigende Neuropathia patellae des rechten Kniegelenkes hingewiesen. Die neurologisch gründenden Kniegelenksbeeinträchtigungen seien in dem orthopädisch beschriebenen Restbelastungsprofil hinreichend integrierend berücksichtigt. Aus neurologischer Sicht und übereinstimmend aus orthopädisch somatischer Sicht sei eine Teiltätigkeit als Kellner im Rahmen der Gesamttätigkeit als selbstständiger Gastronom nicht mehr zumutbar. Die übrigen gastronomisch typischen Tätigkeiten könnten bei Beachtung des Belastungsprofils mit einer orthopädisch morphologisch gründenden Minderung der Leistungsfähigkeit von 30 % wieder aufgenommen/fortgeführt werden. Internistisch somatisch ergäben sich keine weiteren Beeinträchtigungen. Die psychiatrische Feststellung narzisstischer Wesenszüge beinhalte keine krankhafte Persönlichkeitsstörung und beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht. Rheumatologisch werde der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung geäußert. Gemäss der fachpsychiatrischen Untersuchung könne eine auf das Schmerzgeschehen modulierend einwirkende psychiatrische Morbidität nicht gesehen werden. Insbesondere liege kein Anhalt für eine somatoforme Schmerzstörung vor. Sozial sei der Versicherte sehr gut integriert. Es bestehe jedoch auch der Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn. Der Versicherte erfahre durch die betreuende Familie, in der er offenbar eine Krankenrolle eingenommen habe, ständige Zuwendung und auch Abnahme von Hausarbeit etc. Gesamthaft werde aus polydisziplinärer Sicht für dem Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gesehen. Diesem Versicherten seien leichte Tätigkeiten mit Belastungs-Adaptation an die Lendenwirbelsäule, beide Schultern und an das rechte Kniegelenk zumutbar. Es sollte sich um Tätigkeiten handeln, bei welchen der Versicherte jeweils in freiem Ermessen in der Lage sei, seine Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen wechseln zu können. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Tätigkeiten mit Aufenthalt auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern, Treppenlaufen sowie einhergehend mit erhöhter Unfallgefährdung seien zu meiden. Arbeiten mit vornüber geneigtem Oberkörper und Arbeiten mit den Armen über der Horizontale sollten gemieden werden. 5.12 Im erst im

Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des E.\_\_\_\_, vom 18. Mai 2015, wo der Beschwerdeführer vom 25. März 2015 bis 23. April 2015 stationär hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Chronische multilokuläre Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - bei Vd. auf Hyperlaxität - teilweise läSIONAL induziert (Unfallereignisse) - teilweise somatoformer Charakter mit Hyperperzeption und Schmerzausweitung - affektive Reaktion 2. Leichte depressive Episode mi/bei - Verunsicherung Anspannung und Sorge um die Zukunft - Diagnosen 3 - 5 - Einbusse der körperlichen Integrität - psychosozialer Belastung durch Reduktion der Arbeitsfähigkeit 3. Chron. Knieschmerzen rechts und ausgedehnte Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten unteren Extremität - St. n. VKB-Rekonstruktion und Teilmeniskektomie rechts am 7. September 2011 - MR Knie rechts 18. November 2014: Kein Nachweis einer Ruptur bei gestrecktem Verlauf des VKB. Keine ligamentäre KniebinnenläSION. Substanzdefekt mediales Meniskushinterhorn, medial betonte Gonarthrose mit Verschmälerung des chondralen Überzugs am medialen Tibiaplateau und Femurkondylus mit tief reichenden stationären chondralen Defektzonen (Outerbridge IV) - Orthoradiogramm 22. April 2015: Beinlänge rechts 18 mm kürzer als links. Varusstellung. Medial betonte Gonarthrose rechts mit diskreter Gelenkspalverschmälerung 4. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - MRI ganze Wirbelsäule 11. Dezember 2014: Diskusprotrusion auf Höhe HWK 6/7 mit Ausdehnung nach intraforaminal rechts und Tangierung der Nervenwurzel C7 rechts. Allenfalls diskrete, breitbasige Diskusprotrusion im Segment BWK 7/8 und im Segment LWK5/SWK1 ohne Neurokompression. Wurzeltaschenzyste auf Höhe von BWK 8/9 links. Verdacht auf Spondylolyse von LWK5 5. Chron. zervikobrachiales Schmerzsyndrom - MRI ganze Wirbelsäule 11. Dezember 2014: Diskusprotrusion auf Höhe HWK6/7 mit Ausdehnung nach intraforaminal rechts und Tangierung der Nervenwurzel C7 rechts. Allenfalls diskrete, breitbasige Diskusprotrusion im Segment BWK 7/6 und im Segment LWK5/SWK1 ohne Neurokompression. Wurzeltaschenzyste auf Höhe von BWK 8/9 links. Verdacht auf Spondylolyse von LWK5 - HWS ap/lateral Funktionsaufnahmen 2. April 2015: In Neutralstellung und in den Funktionsaufnahmen intaktes Wirbelkörperalignment zervikal. Regelrechte äussere Konfiguration und Höhe der Wirbelkörper und Intervertebralräume. Keine höhergradigen degenerativen Veränderungen. 6. Nebendiagnosen - Aktenanamnestisch Novalginunverträglichkeit - Allergien auf diverse Früchte und Nüsse - St. n. Zystoprosatitis bei multiresistenten E. coli 09/2009 - St. n. Autounfall 4/07 mit Kontusion Dig. 1 rechts, Ossa metacarpalia IV und V li, Knie links sowie HWS-Distorsion - St. n. Fraktur des Epicondylus radialis humeri links 07/84 5.13 Der ebenfalls erst im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. März 2016 ist dagegen im vorliegenden Verfahren nicht mehr zum Beweis zuzulassen, da der Sachverhalt nur bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung – vorliegend 7. Mai 2015 – zu beurteilen ist. 6. 6.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2014 (IV-Nrn. 58.1) stützt, ist vorerst dessen Beweiswert zu prüfen. Grundsätzlich ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Im orthopädischen Teilgutachten erfolgt eine detaillierte und überzeugende Auseinandersetzung mit den verschiedenen

somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers und deren allfälligen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Demnach bestehe eine hypermobile und schmerzhafte Spondylolisthesis L5/S1 Meyerding 1 mit einem bildgebend beschriebenen ventralen Gleitvorgang L5 über S1 von 3-4 mm. Dieser Befund rechtfertige sowohl in Ruhe als insbesondere unter statischen Belastungsbedingungen auftretende lumbovertbrale und lumbospondylogene Schmerzsyndrome. Ferner sei bildgebend eine geringe Skoliose und Spondylarthrose beschrieben worden. Diese Befunde seien ebenso wie die in 02/2009 MRI-gesicherte cervicale Protrusio disci C6/7 funktionell irrelevant. Sodann bestehe eine ventrale Instabilität des rechten Kniegelenkes bei Status nach Re-Ruptur einer operativ behandelten VKB. Ferner ein Status nach arthroskopisch revidierter Innenmeniskusruptur. Das rechte Kniegelenk gelte somit als belastungsinstabil. Der Versicherte verfüge nicht über eine zum Beispiel zumindest partiell kompensatorisch wirksame auftrainierte Quadrizepsmuskulatur. Des Weiteren bestünden nachvollziehbare Arthralgien beider Schultergelenke bei in einer aktuellen linksseitigen Arthro-MRI beschriebener Supraspinatussehnentendinopathie und einer diskreten AC-Gelenkarthrose und einer in einem rechtsseitigen Arthro-MRI beschriebenen, wahrscheinlich traumatisch verursachten Spongiosafraktur der Humerusepiphyse – keine durchgehende Frakturlinie. Ferner bestehe rechts ebenfalls Supraspinatussehnentendinopathie und eine kleine Unterflächenläsion sowie übereinstimmend mit der linken Gegenseite eine leichte Arthrose des AC-Gelenkes. Für die im MRI differentialdiagnostisch dezidiert beschriebenen Detailbefunde sei klinisch funktionell kein Korrelat feststellbar. Der Versicherte beklage komplexe und diffus anmutende beidseitige Schulterarthralgien. Die Beweglichkeit beider Schultergelenke sei aktiv und passiv frei. Ferner bestehe ein komplikationsloser Status nach korrekt operativ versorgter Abrissfraktur des Epicondylus humeri radialis am linken Ellenbogen sowie ein komplikationsloser Status nach mehreren Unfällen einhergehend mit Rissquetschwunden, Abschürfungen und Prellungen. Rein orthopädisch somatisch sei die statische Belastbarkeit der LWS dezimiert und ebenso auch die Belastbarkeit beider Schultern und des rechten Kniegelenkes. Therapeutische Ansätze böten sich zum Beispiel im Sinne einer Spondylodese der hypermobilen und schmerzhafte Spondylolisthesis L5/S1 einerseits und einer Re-Operation und erneuten VKB-Plastik des rechten Kniegelenkes an. Diese operativen Behandlungsmassnahmen seien jedoch vorerst nicht indikativ begründet. Für eine operative Revision der Schultergelenke bestehe angesichts der beidseits vollständig freien Schultergelenkbeweglichkeit trotz der MRI-Befunde derzeit keine dringende indikative Begründung. Gestützt auf die umfassende Befunderhebung und Diskussion der Einschränkungen vermag auch das orthopädisch begründete Zumutbarkeitsprofil zu überzeugen: Demnach seien dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht leichte Tätigkeiten mit Belastungs-Adaptation an die Lendenwirbelsäule, beide Schultern und an das rechte Kniegelenk zumutbar. Es sollte sich um Tätigkeiten handeln, bei welchen der Versicherten jeweils in freiem Ermessen in der Lage sei, seine Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen wechseln zu können. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Tätigkeiten mit Aufenthalt auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern sowie einhergehend mit erhöhter Unfallgefährdung seien zu meiden. Rein orthopädisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit mit vollem Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 30 %. Letztere gründe auf auch in angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren Rückenbeschwerden, beidseitigen Schulterbeschwerden und Arthralgien im rechten Kniegelenk in Verbindung mit einem morphologisch nachvollziehbaren Instabilitätsgefühl. Die orthopädischen Befunde minderten das

Arbeitstempo und somit auch die Produktivität. Retrospektiv sei von einer globalen Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit ab Aufgabe der letzten Tätigkeit (Inhaber/Geschäftsführer in einer Kaffeebar) – 30. September 2010 – auszugehen. Sodann erachtet der neurologische Gutachter eine Neuropathia patellae rechts als für die Arbeitsfähigkeit relevant. Dies wird nachvollziehbar damit begründet, dass anlässlich der neurologischen Untersuchung eine Hypästhesie im partiellen Versorgungsgebiet des sensiblen N. infrapatellaris rechts bestanden habe. Daraus ergebe sich mit Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus neurologischer Sicht eine verminderte Belastungsfähigkeit des rechten Beins. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kellner sei dem Versicherten demnach nicht mehr zumutbar. In jeder Verweistätigkeit, die ein Vermeiden längeren Stehens oder Gehens sowie einer mechanischen Belastung des rechten Beines beinhalte, sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus neurologischer Sicht jedoch nicht beeinträchtigt. Dagegen ergaben sich im internistischen Teilgutachten keine beeinträchtigenden Befunde und Diagnosen. Im rheumatologischen Teilgutachten findet eine umfassende Anamnese statt. Der Gutachter geht zudem spezifisch auf die einzelnen Beschwerdebilder ein und legt gestützt darauf nachvollziehbar dar, dass keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Aus dem rheumatologischen Formenkreis sei ein früher rezidivierendes, dann chronisches lumbovertebrales Syndrom bekannt, wobei schon 1999 erstmals eine Spondylolyse und Anterolisthesis von LWK 5 Grad 1 nach Meyerding festgestellt worden sei. Eine erste MRI-Abklärung am 11. Februar 2009 habe sodann zusätzlich eine leichte links paramediane Diskusprotrusion ohne neurale Beeinträchtigung ergeben. Subjektiv hätten sich die Beschwerden über all die Jahre jedoch nicht verändert, klinisch bestehe aber eine gute Funktion der LWS, klare schmerzmodulierende Faktoren liessen sich bei den chronischen Schmerzen nicht eruieren. Die damals im MRI festgestellten degenerativen Veränderungen der Bandscheibe C6/7 könnten als normale Abnutzung beurteilt werden. Die Schmerzen persistierten seither, klinisch könne jedoch höchstens eine Fehllhaltung mit Tendenz zu Hyperlordose festgestellt werden. Die im MRI der HWS vom 16. Mai 2013 festgestellte progrediente Diskusprotrusion mediolateral links mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 links habe klinisch kein entsprechendes Korrelat, eine entsprechende radikuläre Symptomatik fehle. Die starken Schmerzen kontrastierten zu der guten Beweglichkeit und den fehlenden Irritationszonen über den Facettengelenken. Ebenfalls könnten die geklagten massiven Verspannungen klinisch nicht objektiviert werden. Die Schmerzen stünden somit eher im Zusammenhang mit einer somatoformen Schmerzstörung. Eine Sonographie am 4. November 2011 habe eine beidseitige Supraspinatustendinose bei sonst unauffälligem Befund ergeben. Bei anhaltenden Schmerzen sei am 9. beziehungsweise 12. November 2011 ein Arthro-MRI des linken beziehungsweise rechten Schultergelenkes erfolgt, welches beidseits einen kleinen Unterflächeneinriss der Supraspinatussehne bei Ansatzendinose und sonst unauffälligen Befunden ergeben habe. Bei der Anamneseerhebung falle auf, dass der Versicherte zwar von Schulterschmerzen rede, dann jedoch auf den dorsalen Schultergürtel deute. Auf dem Körperschema zeichne er die Schmerzen entlang der oberen Thoraxapertur ein, jedoch nicht im Bereich der Schultergelenke. Dies decke sich auch mit dem geringen klinischen Befund bei guter Beweglichkeit beidseits und indolenter Rotatorenmanschette. Die aktuellen MRI-Befunde bestätigten links eine Tendinopathie der Supraspinatussehne bei subacromialem Engnis, rechts scheine offenbar die Unterflächenläsion der Supraspinatussehne etwas zugenommen zu haben, eine vollständige Ruptur bestehe jedoch

weiterhin nicht. Klinisch könne lediglich links aktuell ein leichtes Impingement mit Schmerzangabe im Schultergelenk festgestellt werden. Hinsichtlich der Knie bestehe radiologisch lediglich eine diskrete mediale Gonarthrose beidseits, klinisch sei das linke Kniegelenk ohne Erguss, rechts bestehe nur ein minimaler Reizerguss, die Funktionalität sei trotz leichter Instabilität gut. Bereits erstmals seien im Jahr 2001 vier Monate nach der traumatisch erlebten Kollision mit einem Auto der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung geäußert und Risikofaktoren für eine Symptomausweitung festgestellt worden. Im November 2011 sei durch Dr. med. N.\_\_\_\_, Physikalische Medizin, erneut eine Diskrepanz zwischen subjektiv beklagten und objektiv erhobenen Befunden geäußert und eine Schmerzverarbeitungsstörung vermutet worden. Anlässlich einer rheumatologischen Untersuchung am H.\_\_\_\_ im Januar 2011 sei eine somatoforme Schmerzstörung erwogen worden, Hinweise für eine Fibromyalgie habe man nicht gefunden. Anlässlich einer erneuten rheumatologischen Abklärung am I.\_\_\_\_ im September 2011 sei dann erwähnt worden, dass die neuen Diagnosekriterien einer Fibromyalgie erfüllt seien. Diese Kriterien seien weiterhin erfüllt, bestätigten als solche aber nicht das Vorliegen einer Fibromyalgie, definitionsgemäss müssten andere Krankheiten ausgeschlossen werden. Nicht passend für eine Fibromyalgie seien die im Körperschema vom Versicherten nur sehr punktuell eingezeichneten Schmerzen, ferner fehle die typische, generalisierte Druckschmerzhaftigkeit. Somit sei das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung, unter anderem bei traumatisch erlebtem Unfall im 2000, am wahrscheinlichsten. Die Bestätigung dieser Diagnose und die Beurteilung des Krankheitsausmasses sei Aufgabe des psychiatrischen Gutachtens. Die Arbeitsfähigkeit als Gastronom sei aus rheumatologischer Sicht weiterhin zu 100 % gegeben. In einer Verweistätigkeit (leichte Tätigkeit mit mehrheitlich Sitzen, jedoch wechselbelastend) sei er ebenfalls aus rheumatologischer Sicht voll arbeitsfähig. Die psychiatrische Gutachterin fand in der Folge jedoch keine fachspezifischen und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen und verneinte auch das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung mit nachvollziehbarer Begründung. Als nicht relevante Nebendiagnose werden narzisstische Wesenszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung beschrieben. Die erfragte psychiatrische Vorgeschichte sei soweit unauffällig. Psychische Vorerkrankungen würden nicht angegeben, auch sei nie eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung durchgeführt worden. Im psychischen Befund fielen doch deutlich demonstrative Elemente auf, die auf eine gewisse Beschwerdeausweitung hindeuteten. Unbewusste, langjährige psychodynamische Konfliktfaktoren, die sich in einer Somatisierung niederschlagen würden, seien aber nicht zu eruieren. Der Versicherte wirke ansonsten psychisch stabil und entsprechende Faktoren seien anamnestisch auch nicht herauszuarbeiten. Eine auf das Schmerzgeschehen modulierend einwirkende psychiatrische Morbidität könne nicht gesehen werden. Insbesondere liege kein Anhalt für eine somatoforme Schmerzstörung vor. Sozial sei der Versicherte sehr gut integriert. Die Arbeitsfähigkeit sei auf dem psychiatrischen Fachgebiet nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht resultiere keine Beeinträchtigung des Belastungsprofils. Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Die übrigen medizinischen Stellungnahmen geben keinerlei Anlass, an den Ergebnissen des Gutachtens zu zweifeln. Insbesondere liegen keine Stellungnahmen behandelnder Ärzte vor, welche der Beurteilung der Gutachter explizit widersprechen würden. Mit der Beschwerdeführerin ist daher davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine Teiltätigkeit als Kellner im Rahmen seiner früheren Gesamttätigkeit

als selbstständiger Gastronom zwar nicht mehr zumutbar ist. Die übrigen typischen Tätigkeiten als Gastronom und jegliche sonstigen angepassten leichten Tätigkeiten, können aber bei Beachtung des Belastungsprofils mit einer Leistungseinbusse von 30 % in einem vollen Arbeitspensum ausgeübt werden. 6.2 Gegen den Beweiswert des Gutachtens der D.\_\_\_\_ bringt der Beschwerdeführer in seinen Rechtsschriften inhaltlich keine Rügen vor. Er macht lediglich geltend, das Gutachten vom 27. November 2014 beruhe auf Untersuchungen vom November 2013 und sei somit im Verfügungszeitpunkt am 7. Mai 2015 bereits veraltet gewesen, weshalb darauf nicht mehr abgestellt werden könne. Eine erneute Begutachtung ist jedoch nicht notwendig, da keinerlei Hinweise dafür bestehen, dass sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit erheblich verändert hätte. Auch aus dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten Austrittsbericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2015 ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung zwischen der Begutachtung und dem Verfügungszeitpunkt. Sodann bringt der Vertreter des Beschwerdeführers erstmals anlässlich seines Plä-doyers inhaltliche Rügen gegen das Gutachten vor und macht unter anderem geltend, im Gutachten habe der rheumatologische Gutachter die Diagnose einer Fibromyalgie gestellt. Er habe die Kriterien auf Seite 77 des Gutachtens auch abgehandelt. In der Folge habe der Hauptgutachter diese Diagnose aber übersehen. Das spreche gegen die Beweiskraft des Gutachtens. Dieses sei damit nicht umfassend. Es werde im Gutachten auch nicht dargelegt, weshalb die Fibromyalgie nun nicht mehr aufgeführt worden sei. Des Weiteren sei auch das psychiatrische Teilgutachten nicht überzeugend. In diesem Zusammenhang kann vollumfänglich auf die vorgehenden Erwägungen unter Ziff. II. 6.1 verwiesen werden, womit diese Rügen den Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern vermögen. Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin sei mit Schreiben vom 10. November 2014 darüber orientiert worden, dass auf Veranlassung der orthopädischen Klinik des E.\_\_\_\_ insbesondere zur Evaluation weiterer operativer Eingriffe des rechten Knies und der lumbalen Wirbelsäule MR-Abklärungen stattgefunden hätten. Diese habe die Beschwerdegegnerin nicht beigezogen. In diesem Zusammenhang kann auf die Argumentation der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. Wie aus den Akten hervorgeht, hat der Vertreter des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 10. November 2014 (IV-Nr. 73) die Zustellung entsprechender Arztberichte in Aussicht gestellt. Die von ihm dazu beantragte Frist von 20 Tagen, welche ihm mit Schreiben vom 12. November 2014 gewährt worden ist (IV-Nr. 74), ist aber offensichtlich ungenutzt verstrichen. Der Beschwerdeführer hat bis heute keine medizinischen Belege vorgelegt, die eine Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft machen. Demnach erscheint die Rüge des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen die Berichte einzuholen, verfehlt. Insofern der Beschwerdeführer schliesslich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt, da die Beschwerdegegnerin an Stelle der im Vorbescheid angewandten Tabellenlöhne LSE 2010 in der angefochtenen Verfügung die LSE 2012 herangezogen haben, ist ihm entgegenzuhalten, dass dadurch keine rentenrelevante Veränderung eingetreten ist. Vielmehr hat sich der Invaliditätsgrad sogar zugunsten des Beschwerdeführers von 30 % auf 33 % erhöht. Damit musste dem Beschwerdeführer diesbezüglich nicht vorab das rechtliche Gehör gewährt werden. 7. Streitig ist des Weiteren die Bemessung des Validen- und Invalideneinkommens. Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde

tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 129 V 224 E. 4.3.1; RKUV 2006 U 568 S. 66 Erw. 2). 7.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, beim Valideneinkommen sei die Tatsache unberücksichtigt geblieben, dass der Beschwerdeführer gemäss schriftlicher Bestätigung des Vorderbetreibers, F.\_\_\_\_ im Gesundheitsfall die G.\_\_\_\_ an der [...]strasse übernommen hätte. Die Erträge des früheren und des neuen Betreibers könnten eine genügend zuverlässige Grösse zur Bestimmung des Valideneinkommens bilden. Soll bei der Festsetzung des Valideneinkommens eine berufliche Weiterentwicklung, welche die versicherte Person normalerweise vollzogen hätte, mitberücksichtigt werden, so müssen praxismässig konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Sodann genügen bloss Absichtserklärungen der versicherten Person nicht. An den Nachweis von Weiterentwicklung und Aufstieg im Beruf sind rechtsprechungsgemäss hohe Beweisanforderungen zu stellen. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angeführt hat, ist die vorliegend vom Beschwerdeführer behauptete Entwicklungsmöglichkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Zwar bestätigt Herr F.\_\_\_\_ (offenbar früherer Besitzer der G.\_\_\_\_) mit einem undatiertem Schreiben, dass er mit dem Beschwerdeführer vereinbart habe, dass letzterer per 15. August 2011 eine G.\_\_\_\_ in [...] pachten könne. Echtzeitliche Unterlagen, die dieses Vorhaben bestätigen, liegen in den Akten aber nicht vor. Zudem gab der Beschwerdeführer im Früherfassungsgespräch vom 4. Mai 2012 (IV-Nr. 10) gegenüber der Beschwerdegegnerin an, er habe Schulden zwischen CHF 20'000.00 und 30'000.00, was ebenfalls gegen eine Realisierung der Übernahme spricht, da gemäss dem Schreiben von F.\_\_\_\_ eine Übernahmesumme von CHF 340'000.00 vereinbart worden sei. Die geltend gemachte Aufstiegsmöglichkeit ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. 7.2 Für die Bestimmung des Valideneinkommens, d.h. des hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden, ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich verdienen würde, wenn sie gesund geblieben wäre. Da im Gesundheitsfall erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist in der Regel an den letzten Lohn anzuknüpfen, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat (BGE 129 V 222 E. 4.3.1). Der Beschwerdeführer hat seine letzte Tätigkeit als selbständiger Gastronom aus wirtschaftlichen Gründen aufgeben müssen (IV-Nr. 8, S. 146). Für das Einkommen im Gesundheitsfall kann deshalb nicht mehr an den dortigen Verdienst angeknüpft werden. Vielmehr sind für das Valideneinkommen – wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht erfolgt – die LSE-Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik, heranzuziehen (BGE 126 V 75). Abzustellen ist dabei auf die seit 22. Oktober 2014 gültigen LSE-Tabellen 2012, welche die Berufsgruppen neu nicht mehr in Anforderungsniveaus, sondern in Kompetenzniveaus unterteilt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin auf das Kompetenzniveau 1, Tabellenlohn TA1 für allgemeine Hilfsarbeiten, abgestellt, was vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten wurde. Ein Arbeitnehmer verdiente im Jahr 2012 in diesem Arbeitsmarktsegment durchschnittlich (im Sinne des Medianwertes) CHF 5'210.00 pro Monat, einschliesslich Anteil für den 13. Monatslohn (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level). Dieser Durchschnittslohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist daher auf die im Jahr 2013 im privaten Sektor übliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 4/2014, S. 90, Tab. 9.2) sowie auf die geltende Teuerung 2013 (:101,8 x

102,6) aufzurechnen, so dass ein jährliches Valideneinkommen von CHF 65'689.30.00 resultiert. 7.3 Da der Beschwerdeführer aktuell keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, welche ihm medizinisch grundsätzlich zumutbar wäre und er bei Aufbringung der erforderlichen Anstrengung ausüben könnte, berechnet sich das Invalideneinkommen gleich wie das Valideneinkommen nach den LSE-Tabellen. Wiederum hat die Beschwerdegegnerin auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt, was im Lichte des im D.\_\_\_\_-Gutachten statuierten Zumutbarkeitsprofils nicht zu beanstanden ist. Das Kompetenzniveau 1 in der LSE 2012 entspricht dem Anforderungsniveau 4 gemäss früheren Tabellen bis zur LSE 2010 für Hilfsarbeiten (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 22. Oktober 2014), womit dem Beschwerdeführer grundsätzlich genügend Tätigkeiten offenstehen, die dem Zumutbarkeitsprofil entsprechen. Die Rüge des Beschwerdeführers, eine Tätigkeit im bisherigen Bereich als selbständiger Gastronom sei ihm nicht mehr zumutbar bzw. nur mit einer Umschulung möglich, ist somit unbeachtlich. Im Übrigen hat das Bundesgericht in neueren Urteilen die Anwendung der LSE 2012, wenn diese bei Verfügungserlass bereits vorlag, unbeanstandet gelassen (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C\_695/2015 vom 19. November 2015 E. 4). Damit berechnet sich das Invalideneinkommen ebenso wie das Valideneinkommen. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden und der Teuerung 2013 resultiert demnach für den Beschwerdeführer bei einer Leistungseinschränkung von 30 % ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 45'982.50. Des Weiteren ist es praxisgemäss zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen, um besonderen beruflichen oder persönlichen Umständen einer versicherten Person wie leidensbedingte Einschränkung, Alter, Nationalität oder Beschäftigungsgrad Rechnung zu tragen, welche sich erfahrungsgemäss auf die Lohnhöhe auswirken können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc und 5b). Was die Höhe des Abzugs angeht, so ist nicht für jedes in Betracht fallende Merkmal separat eine Reduktion vorzunehmen, weil damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden; vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Bei der Gewährung oder Verweigerung des Abzugs handelt es sich um eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72; Urteil des Bundesgerichts 9C\_199/2013 vom 4. Februar 2014 E. 3.4.2). Anders als bei der Bemessung eines gewährten Abzugs ist das Gericht daher nicht gehalten, bei seiner Überprüfung eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung einen Abzug von 5 % vorgenommen, was angesichts des im D.\_\_\_\_-Gutachten formulierten Leistungsprofils nicht zu beanstanden ist. So führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (bzw. gemäss den neu anwendbaren LSE 2012 Niveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2 mit Hinweis). Selbst wenn man, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, davon ausginge, dass er sich wohl mit einem geringeren Lohn zu begnügen hätte als voll leistungsfähige und entsprechend einsetzbare Arbeitnehmer (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit weiteren Hinweisen), käme höchstens ein Abzug von 10 % in Frage, nachdem für einen weiteren Abzug aufgrund Alter und Nationalität kein Raum besteht und dem Beschwerdeführer zudem ein Vollzeitpensum bei reduzierter Leistungsfähigkeit zumutbar ist, womit auch kein Grund besteht, einen Abzug aufgrund eines reduzierten

Beschäftigungsgrades vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Selbst wenn man also von einem 10%igen Abzug ausginge, ergäbe sich daraus gleichwohl kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad. Bei einem Abzug von 10 % würde sich das Invalideneinkommen von CHF 45'982.50 auf CHF 41'384.25 belaufen, was bei einem Valideneinkommen von CHF 65'689.30 ein Invaliditätsgrad von 37 % ergäbe, was ebenfalls keinen Anspruch auf eine Rente begründet. 8. Schliesslich ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen im Sinne einer Umschulung zu gewähren. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft des Versicherten voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 265/05 E. 3.2 vom 3. Oktober 2005). Wie hierzu dem D.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Januar 2014 zu entnehmen ist, habe der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern erwähnt, dass er sich angesichts seiner umfangreichen körperlichen Beschwerden derzeit eine körperliche Arbeit nicht vorstellen könne (S. 41 des Gutachtens). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich des Intake-Gesprächs vom 4. Mai 2012 (IV-Nr. 10) ebenfalls an, er könne nicht arbeiten und er könne sich auch nicht vorstellen, einen Kurs zu besuchen. Damit ist davon auszugehen, dass die subjektive Voraussetzung zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (Eingliederungsbereitschaft) nicht erfüllt ist, weshalb die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch zu Recht verneint hat. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 7. Mai 2015 im Resultat als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 9. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. 4. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 23. November 2015 sowie am 19. September 2016 je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'829.50 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'731.05 festzusetzen (8.31 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 448.70 (Differenz zum vollen Honorar [8.31 x CHF 230.00 + CHF + 8 % MwSt. = 2'179.75; - 1'731.05 = CHF 448.70]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 179 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. Die Differenz zu den eingereichten Kostennoten begründet sich einerseits damit, dass mehrere der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand darstellen (Orientierungskopien an den Klient vom 9. September, 22. September 2015 sowie vom 1. April und 23. Juni 2016; Fristerstreckungsgesuche vom 10. Juli, 4. September, 28. September sowie 20. Oktober

2015; Einreichung der Kostennote am 23. November 2015), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Sodann sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Schliesslich beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen 70 Rappen pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 Gebührentarif i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 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).

#### **E. 40**

% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu 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.

3.

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

4. Gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers habe die Beschwerdegegnerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dadurch begangen, dass sie in der Verfügung für die Ermittlung des Valideneinkommens die Tabellenlöhne TA1 der LSE 2012 herangezogen

habe, während sie sich im Vorbescheid noch auf die Tabellenlöhne TA1 der LSE 2010 abgestützt habe. Hierzu hätte der Beschwerdeführer zuvor noch angehört werden müssen. Sodann habe sich die Beschwerdegegnerin beim angefochtenen Leistungsentscheid auf ein unvollständiges und darüber hinaus veraltetes medizinisches Gutachten abgestützt. So beruhe das Gutachten der D. \_\_\_ vom 27. Januar 2014 auf körperlichen Untersuchungen von November 2013 resp. auf solchen, welche im Verfügungszeitpunkt vom 7. Mai 2015 bereits 18 Monate alt gewesen seien. Zudem sei die Beschwerdegegnerin mit Schreiben des unterzeichneten Rechtsanwalts vom 10. November 2014 darüber orientiert worden, dass auf Veranlassung der orthopädischen Klinik des E. \_\_\_ insbesondere zur Evaluation weiterer operativer Eingriffe des rechten Knies und der lumbalen Wirbelsäule MR-Abklärungen stattgefunden hätten. Diese habe die Beschwerdegegnerin nicht beigezogen. Des Weiteren sei beim Valideneinkommen in der angefochtenen Verfügung die Tatsache unberücksichtigt geblieben, dass der Beschwerdeführer gemäss schriftlicher Bestätigung des Vorderbetreibers, F. \_\_\_ im Gesundheitsfall die G. \_\_\_ an der [...]strasse übernommen hätte. Dabei hätte es sich um ein lukratives Geschäft gehandelt. Die hypothetischen Gewinne der G. \_\_\_ seien zum Valideneinkommen zu zählen. Dies auch unter Berücksichtigung des Umstands, dass der Erfolg der G. \_\_\_ weniger vom persönlichen Einsatz abhängt, sondern vor allem von ihrer Bekanntheit. Die Erträge des früheren und des neuen Betreibers könnten daher eine genügend zuverlässige Grösse zur Bestimmung des Valideneinkommens bilden. Schliesslich sei der Versicherte gemäss Gutachten darauf angewiesen, eine leichte Tätigkeit auszuführen, welche auf die Einschränkungen der LWS, der beiden Schultern und der Kniegelenke Rücksicht zu nehmen habe. Um eine solche handle es sich weder bei der früheren Tätigkeit als Kellner noch bei derjenigen eines Gastronoms. Die Tätigkeit eines Kellners sei zweifelsohne mit einer hohen Beanspruchung beider Schultergelenke, des Rückens, der Lendenwirbelsäule und aufgrund der ständigen Bewegung selbstverständlich vor allem auch der Kniegelenke verbunden und damit nicht zumutbar. Dasselbe gelte bezogen auf die Tätigkeit eines selbständigen Gastronoms, welche nicht mehr zumutbar sei. Dies werde entsprechend auch eindeutig auf S. 52 des Gutachtens so festgehalten. Der Versicherte könne auch nicht bloss im kaufmännisch-organisatorischen Bereich eines Grossbetriebs arbeiten und schon gar nicht Vollzeit. Hierzu fehlten ihm ja schlicht die beruflichen Qualifikationen. Im Übrigen liege eine Ermessensunterschreitung vor, wenn die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer lediglich einen Abzug vom Tabellenlohn von 5 % gewähre. Zu fordern sei ein solcher von 20 %. Bei einer beruflichen Tätigkeit müsste der Versicherte die Möglichkeit haben, eine sitzende, stehende oder umhergehende Tätigkeit frei wählen zu können. Damit sei nachvollziehbar, dass sein erwerbliches Leistungsvermögen entsprechend sehr beschränkt sei und er sich mit einem deutlich tieferen Lohn zu begnügen habe als ein voll leistungsfähiger Arbeitnehmer (vgl. Urteil 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013, E. 4.4). Davon ausgehend, dass die bisherige Tätigkeit dem Versicherten nicht mehr zumutbar sei und der Umschulungsinvaliditätsgrad von praxisgemäss ca. 20 % problemlos erreicht werde, sei nicht ersichtlich, warum die Beschwerdegegnerin den Anspruch auf berufliche Massnahmen ablehne. Damit der Versicherte im bisherigen Gebiet der Gastronomie eine wechselbelastende Tätigkeit wie im Gutachten beschrieben umsetzen könnte, wären beispielsweise Umschulungsmassnahmen mit dem Ziel der Vermittlung von Kenntnissen im kaufmännischen Bereich sinnvoll.

5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahme sowie auf eine Invalidenrente zu Recht

abgewiesen hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht der H.\_\_\_\_, Rheumatologie, vom 17. Januar 2011 (IV-Nr. 17, S. 130) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer klage über extreme Schmerzen am ganzen Körper. Aufgrund der Untersuchung bestehe der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung. Hinreichende Hinweise für eine Fibromyalgie beständen bei 2 von 18 Tenderpoints nicht.

5.2 Im Überweisungszeugnis von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2011 (IV-Nr. 8 S. 172) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Vorbestehende unklare Knieschmerzen rechts

- Distorsion am 10. Juni 2011, VKB-Läsion

Schulter Schmerzen beidseits linksbetont

- St. n. Arthroskopie

Generalisiertes Schmerzsyndrom mit vertebraler Symptomatik

St. n. arthroskopischer Plicaresektion Knie links 11/2006

5.3 Im Sprechstundenbericht des I.\_\_\_\_, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 25. Juli 2011 (IV-Nr. 8, S. 183) wurde ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestehe eine diffuse Schmerzsymptomatik an der Halswirbelsäule und der Schulter beidseits, links mehr als rechts, sowie ein Status nach Schulterarthroskopie bei Schulterluxation vor ca. 20 Jahren links. Das Röntgen habe keine Fraktur, keine Arthrosezeichen und keinen Erguss ergeben.

5.4 Im MRI-Bericht betreffend das Kniegelenk rechts vom 2. September 2011 (IV-Nr. 8, S. 175) wird als Beurteilung festgehalten, es beständen eine komplette VKB-Ruptur und ein Korbhenkelriss des Innenmeniskus mit lädierten Anteilen des Innenmeniskus-Hinterhorns, zudem könne ein reichlicher Gelenkerguss, eine Plica mediopatellaris sowie ein Weichteilödem festgestellt werden.

5.5 Im Elektrophysiologie-Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH; vom 17. Oktober 2011 (IV-Nr. 8, S. 138) werden folgende Diagnosen gestellt:

1. Kniegelenksschmerz rechts (M 79.6) mit/bei

-St. n. vorderer Kreuzbandruptur und Korbhenkelläsion des medialen Meniskus rechts

-St. n. Vorderkreuzbandplastik und Teilmeniskektomie Knie rechts

2. Anamnestisch Beinvenenthrombose rechts

3. Reizung des Nervus saphenus rechts

Weiter wird ausgeführt, es stünden eine starke residuelle Schwellung mit Bewegungseinschränkung und Beugekontraktur des rechten Kniegelenks im Vordergrund, wobei die bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen im weitesten Sinne seitens des Kapsel-Bandapparates oder anderer Knie-Strukturen herrühren dürften. Weiter bestehe eine Reizung des N. saphenus rechts, dies aufgrund der gestörten Sensibilität im Bereich des medialen Ober- und Unterschenkels.

5.6 Im Sprechstundenbericht des I.\_\_\_\_ vom 9. Dezember 2011 (IV-Nr. 8, S. 93) wird festgehalten, es bestehe ein Status nach VKB-Plastik und Teilmeniskektomie Kniegelenk

rechts vom 7. September 2011, zudem sei eine Schmerzprogredienz postoperativ medialeits entlang des N. saphenus und eine Schmerzpersistenz an den Schultern bds. feststellbar.

5.7 Im Bericht betreffend Arthro-MRI des Schultergelenks links vom 9. Dezember 2011 (IV-Nr. 8, S. 88) werden im Wesentlichen Flüssigkeit im AC-Gelenk bei initialer AC-Arthrose, ein Acromion Typ 2 sowie eine Ansatzentzündung der Supraspinatussehne, mit zusätzlichem, ansatznahen Unterflächeneinriss, festgestellt. Im Bericht betreffend MR-Arthrographie des rechten Schultergelenks vom 12. Dezember 2011 (SA 54) wird ein kleiner Unterflächenriss der Supraspinatussehne bei vorbestehender Ansatzentzündung festgestellt.

5.8 Im Bericht des Suva-Kreisarztes, Dr. med. K.\_\_\_\_, vom 28. Dezember 2011 (IV-Nr. 8, S. 73) wird ausgeführt, beim Beschwerdeführer bestünden Problematiken im rechten Kniegelenk, daneben Schmerzzustände im Bereich des Rückens und beider Schultern, welche anamnestisch schon seit längerer Zeit andauerten. Bezüglich der Schultern seien beidseitige MRI-Darstellungen angefertigt worden, welche keine traumatisch bedingten Läsionen gezeigt hätten. Während sich das Ereignis im Juni 2011 in einem Zeitrahmen ohne Suva-Versicherungsschutz ereignet habe, worauf in der Folge eine vordere Kreuzbandläsion nachgewiesen worden sei, liege das zweite Ereignis von August 2011 im Zeitrahmen der Suva-Versicherungsdeckung. Diesbezüglich sei neu die Diagnose einer Korbhockelläsion des Meniskus medialis gestellt worden. Die Operation habe am 7. September 2011 stattgefunden. Im Verlauf habe sich eine kurzstreckige oberflächliche Thrombose entwickelt, zudem sei die Reizung des Saphenusnervs neurologisch abgeklärt worden. Aufgrund der Teilmenisektomie wären dem Beschwerdeführer meist sitzende, gelegentlich wechselbelastende Tätigkeiten zumutbar. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit erforderlichen Zwangshaltungen im rechten Kniegelenk, Tätigkeiten mit erforderlichem Lastentragen, Lastenbalancieren, Treppen und Leitern besteigen sowie Gehen in unebenem und abschüssigem Gelände. Ebenfalls nicht zumutbar seien Zwangshaltungen im rechten Kniegelenk. Bei Beachtung der Zumutbarkeitsgrenzen seien, bezogen auf die Meniskusläsion, bereits ganztägige Arbeitsplatzpräsenzen realisierbar.

5.9 Am 6. März 2012 wird eine MRI-Untersuchung des Kniegelenks zur Abklärung von allfälligen zusätzlichen Schäden nach einer möglichen Re-Ruptur des Kreuzbandersatzes am 22. Januar 2012 durchgeführt (IV-Nr. 8, 17). Diese habe ein weiterhin durchgängiges VKB ergeben. Bei klinisch deutlicher vorderer Schublade sei dieses aber wahrscheinlich innerhalb des femoralen Bohrkanales instabil.

5.10 Im Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Poliklinik für Kniechirurgie, E.\_\_\_\_, vom 18. Juli 2012 (IV-Nr. 15.3, S. 23) werden folgende Diagnosen gestellt:

Komplexe Schmerzproblematik und Instabilität mit drei Hauptproblemen:

- N. saphenus Hypästhesie und Dysästhesie mit Ausstrahlungen Unterschenkel medial rechts
- Chronische VKB-Instabilität mit intakter VKB-Rekonstruktion bei St. n. VKB-Ersatzplastik und Teilmenisektomie medial rechts nach Kreuzbandruptur und Korbhockelläsion rechts bei St. n. Sturz 06/2011 und 08/2011
- Medial beginnende Gonarthrose mit Knorpelschaden femoral- und tibialseitig und bei St. n. subtotaler Menisektomie rechts

-V.a. systemische Erkrankung bei generalisierten weiteren Schmerzen in den Schultern beidseits sowie anderen Gelenken

-Einmal diagnostizierte Fibromyalgie

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit hält Dr. med. L.\_\_\_\_ fest, seines Erachtens sei der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf als Gastronom zum heutigen Zeitpunkt nicht mehr zu 75 % arbeitsfähig.

5.11 In dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 58.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1.Lumbovertebrales und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei vor allem unter Belastungsbedingungen schmerzhafter hypermobiler Spondylolisthesis vera L5/S1 Meyerding I mit am 21. Mai 2013 im MRI bestätigter praesacraler Diskusprotrusion, keine assoziierte Neuropathologie

2.Belastungsabhängige Schulterarthralgien beidseits bei in aktuellen Arthro-MRI-Abklärungen bestätigten Schulterbinnenschädigungen mit Supraspinatussehntendinopathie und einer diskreten AC-Gelenkarthrose links sowie eine Spongiosainfraktion der Humerusepiphyse mit ausgeprägter Zerrung der Supraspinatussehne und kleiner Unterflächenläsion auch der Infrapinatussehne sowie leichtgradiger Arthrose des AC-Gelenkes rechts

3.Belastungsabhängige Arthralgie des rechten Kniegelenkes mit persistierender ventraler Instabilität nach am 7. September 2011 operativ behandelter VKB-Ruptur und Innenmeniskusruptur (wahrscheinlich persistierende Elongation des operierten VKB innerhalb des femoralen Bohrkanals - übereinstimmend mit dem radiologischen Bericht 6. März 2012), incipiente Gonarthrose

4.Neuropathia patellae rechts

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

5.Chronisches cervicales Schmerzsyndrom bei Haltungsinsuffizienz

6.Mässige sekundäre Coxarthrose links bei bekannter Hüftgelenkdysplasie beidseits, aktuell mit Insertionstendinopathie der Adduktoren links

7.Diskrete Gonarthrose medial links bei Varusfehlstellung und bei St. n. Distorsion mit Zerrung Lig. collaterale mediale und Dehnung Ansatz Pes anserinus 31. Juli 2002, St. n. arthroskopischer Plicaresektion links medial 15. November 2006, St. n. wiederholten Kontusionen, letztmals 20. Januar 2013

8.Status nach operativer Behandlung einer Abrissfraktur des Epicondylus humeri radialis linker Ellenbogen 1984, keine Folgen

9.Narzisstische Wesenszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung

10.Nikotinabusus

11.Status nach schwerer Zystitis/Prostatitis 09/2009, aktuell asymptomatisch

12.Status nach Analfissur 03/2006, aktuell asymptomatisch

### 13. Atopische Diathese (Pollen, verschiedene Früchte und Nüsse, saisonale Rhinokonjunktivitis)

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, als zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit werde die eines selbstständigen Gastronoms (Café-Wirtschaft) zugrunde gelegt. In dieser Tätigkeit seien nicht nur allfällige Servicetätigkeiten sondern auch Arbeiten z.B. in einem Getränkelager, Material- und Speisenlager, etc. nicht vermeidbar. Derartige Tätigkeiten seien mit einer vermehrten statischen Inanspruchnahme beider Schultergelenke, des Rückens und der Lendenwirbelsäule und auch der Kniegelenke verbunden. Die bei diesem Versicherten vorliegenden Schäden im Bereich der Lendenwirbelsäule, die Instabilität des vorderen Kreuzbandes am rechten Kniegelenk und die MRI-gesicherte beidseitige Schulterpathologie begründe anteilige Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates aus orthopädisch somatischer Sicht. Rheumatologisch würden sämtliche Befunde am Bewegungsapparat bei Beachtung des Belastungsprofils als nicht beeinträchtigend gelten. Ergänzend habe der neurologische Gutachter auf eine beeinträchtigende Neuropathia patellae des rechten Kniegelenkes hingewiesen. Die neurologisch gründenden Kniegelenksbeeinträchtigungen seien in dem orthopädisch beschriebenen Restbelastungsprofil hinreichend integrierend berücksichtigt. Aus neurologischer Sicht und übereinstimmend aus orthopädisch somatischer Sicht sei eine Teiltätigkeit als Kellner im Rahmen der Gesamttätigkeit als selbstständiger Gastronom nicht mehr zumutbar. Die übrigen gastronomisch typischen Tätigkeiten könnten bei Beachtung des Belastungsprofils mit einer orthopädisch morphologisch gründenden Minderung der Leistungsfähigkeit von 30 % wieder aufgenommen/fortgeführt werden. Internistisch somatisch ergäben sich keine weiteren Beeinträchtigungen. Die psychiatrische Feststellung narzisstischer Wesenszüge beinhalte keine krankhafte Persönlichkeitsstörung und beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit nicht. Rheumatologisch werde der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung geäußert. Gemäss der fachpsychiatrischen Untersuchung könne eine auf das Schmerzgeschehen modulierend einwirkende psychiatrische Morbidität nicht gesehen werden. Insbesondere liege kein Anhalt für eine somatoforme Schmerzstörung vor. Sozial sei der Versicherte sehr gut integriert. Es bestehe jedoch auch der Verdacht auf einen sekundären Krankheitsgewinn. Der Versicherte erfahre durch die betreuende Familie, in der er offenbar eine Krankenrolle eingenommen habe, ständige Zuwendung und auch Abnahme von Hausarbeit etc. Gesamthaft werde aus polydisziplinärer Sicht für dem Belastungsprofil angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 % gesehen. Diesem Versicherten seien leichte Tätigkeiten mit Belastungs-Adaptation an die Lendenwirbelsäule, beide Schultern und an das rechte Kniegelenk zumutbar. Es sollte sich um Tätigkeiten handeln, bei welchen der Versicherte jeweils in freiem Ermessen in der Lage sei, seine Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen wechseln zu können. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Tätigkeiten mit Aufenthalt auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern, Treppenlaufen sowie einhergehend mit erhöhter Unfallgefährdung seien zu meiden. Arbeiten mit vornüber geneigtem Oberkörper und Arbeiten mit den Armen über der Horizontale sollten gemieden werden.

5.12 Im erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht des E.\_\_\_\_, vom 18. Mai 2015, wo der Beschwerdeführer vom 25. März 2015 bis 23. April 2015 stationär hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

1. Chronische multilokuläre Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

-bei Vd. auf Hyperlaxität

-teilweise läsional induziert (Unfallereignisse)

-teilweise somatoformer Charakter mit Hyperperzeption und Schmerzausweitung

-affektive Reaktion

2. Leichte depressive Episode mit/bei

-Verunsicherung Anspannung und Sorge um die Zukunft

-Diagnosen 3 - 5

-Einbusse der körperlichen Integrität

-psychosozialer Belastung durch Reduktion der Arbeitsfähigkeit

3. Chron. Knieschmerzen rechts und ausgedehnte Sensibilitätsstörung im Bereich der rechten unteren Extremität

-St. n. VKB-Rekonstruktion und Teilmeniscektomie rechts am 7. September 2011

-MR Knie rechts 18. November 2014: Kein Nachweis einer Ruptur bei gestrecktem Verlauf des VKB. Keine ligamentäre Kniebinnenläsion. Substanzdefekt mediales Meniskushinterhorn, medial betonte Gonarthrose mit Verschmälerung des chondralen Überzugs am medialen Tibiaplateau und Femurkondylus mit tief reichenden stationären chondralen Defektzonen (Outerbridge IV)

-Orthoradiogramm 22. April 2015: Beinlänge rechts 18 mm kürzer als links. Varusstellung. Medial betonte Gonarthrose rechts mit diskreter Gelenkspalverschmälerung

4. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

-MRI ganze Wirbelsäule 11. Dezember 2014: Diskusprotrusion auf Höhe HWK 6/7 mit Ausdehnung nach intraforaminal rechts und Tangierung der Nervenwurzel C7 rechts. Allenfalls diskrete, breitbasige Diskusprotrusion im Segment BWK 7/8 und im Segment LWK5/SWK1 ohne Neurokompression. Wurzeltaschenzyste auf Höhe von BWK 8/9 links. Verdacht auf Spondylolyse von LWK5

5. Chron. zervikobrachiales Schmerzsyndrom

-MRI ganze Wirbelsäule 11. Dezember 2014: Diskusprotrusion auf Höhe HWK6/7 mit Ausdehnung nach intraforaminal rechts und Tangierung der Nervenwurzel C7 rechts. Allenfalls diskrete, breitbasige Diskusprotrusion im Segment BWK 7/6 und im Segment LWK5/SWK1 ohne Neurokompression. Wurzeltaschenzyste auf Höhe von BWK 8/9 links. Verdacht auf Spondylolyse von LWK5

-HWS ap/lateral Funktionsaufnahmen 2. April 2015: In Neutralstellung und in den Funktionsaufnahmen intaktes Wirbelkörperalignment zervikal. Regelrechte äussere Konfiguration und Höhe der Wirbelkörper und Intervertebralräume. Keine höhergradigen degenerativen Veränderungen.

6. Nebendiagnosen

-Aktenanamnestisch Novalginunverträglichkeit

-Allergien auf diverse Früchte und Nüsse

-St. n. Zystoprostatitis bei multiresistenten E. coli 09/2009

-St. n. Autounfall 4/07 mit Kontusion Dig. 1 rechts, Ossa metacarpalia IV und V li, Knie links sowie HWS-Distorsion

-St. n. Fraktur des Epicondylus radialis humeri links 07/84

5.13 Der ebenfalls erst im Beschwerdeverfahren eingereichte Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. März 2016 ist dagegen im vorliegenden Verfahren nicht mehr zum Beweis zuzulassen, da der Sachverhalt nur bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ■ vorliegend 7. Mai 2015 ■ zu beurteilen ist.

6.

6.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2014 (IV-Nrn. 58.1) stützt, ist vorerst dessen Beweiswert zu prüfen. Grundsätzlich ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet.

Im orthopädischen Teilgutachten erfolgt eine detaillierte und überzeugende Auseinandersetzung mit den verschiedenen somatischen Beschwerden des Beschwerdeführers und deren allfälligen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Demnach bestehe eine hypermobile und schmerzhaft Spondylolisthesis L5/S1 Meyerding 1 mit einem bildgebend beschriebenen ventralen Gleitvorgang L5 über S1 von 3-4 mm. Dieser Befund rechtfertige sowohl in Ruhe als insbesondere unter statischen Belastungsbedingungen auftretende lumbovertebrale und lumbospondylogene Schmerzsyndrome. Ferner sei bildgebend eine geringe Skoliose und Spondylarthrose beschrieben worden. Diese Befunde seien ebenso wie die in 02/2009 MRI-gesicherte cervicale Protrusio disci C6/7 funktionell irrelevant. Sodann bestehe eine ventrale Instabilität des rechten Kniegelenkes bei Status nach Re-Ruptur einer operativ behandelten VKB. Ferner ein Status nach arthroskopisch revidierter Innenmeniskusruptur. Das rechte Kniegelenk gelte somit als belastungsinstabil. Der Versicherte verfüge nicht über eine zum Beispiel zumindest partiell kompensatorisch wirksame auftrainierte Quadrizepsmuskulatur. Des Weiteren bestünden nachvollziehbare Arthralgien beider Schultergelenke bei in einer aktuellen linksseitigen Arthro-MRI beschriebener Supraspinatussehnentendinopathie und einer diskreten AC-Gelenkarthrose und einer in einem rechtsseitigen Arthro-MRI beschriebenen, wahrscheinlich traumatisch verursachten Spongiosafraktur der Humerusepiphyse ■ keine durchgehende Frakturlinie. Ferner bestehe rechts ebenfalls Supraspinatussehnentendinopathie und eine kleine Unterflächenläsion sowie übereinstimmend mit der linken Gegenseite eine leichte Arthrose des AC-Gelenkes. Für die im MRI differentialdiagnostisch dezidiert beschriebenen Detailbefunde sei klinisch funktionell kein Korrelat feststellbar. Der Versicherte beklage komplexe und diffus anmutende beidseitige Schulterarthralgien. Die Beweglichkeit beider Schultergelenke sei aktiv und passiv frei. Ferner bestehe ein komplikationsloser Status nach korrekt operativ versorgter Abrissfraktur des Epicondylus humeri radialis am linken Ellenbogen sowie ein komplikationsloser Status nach mehreren Unfällen einhergehend mit Rissquetschwunden, Abschürfungen und Prellungen. Rein orthopädisch somatisch sei die statische Belastbarkeit der LWS dezimiert und ebenso auch die Belastbarkeit beider Schultern und des rechten

Kniegelenkes. Therapeutische Ansätze böten sich zum Beispiel im Sinne einer Spondylodese der hypermobilen und schmerzhaften Spondylolisthesis L5/S1 einerseits und einer Re-Operation und erneuten VKB-Plastik des rechten Kniegelenkes an. Diese operativen Behandlungsmassnahmen seien jedoch vorerst nicht indikativ begründet. Für eine operative Revision der Schultergelenke bestehe angesichts der beidseits vollständig freien Schultergelenkbeweglichkeit trotz der MRI-Befunde derzeit keine dringende indikative Begründung.

Gestützt auf die umfassende Befunderhebung und Diskussion der Einschränkungen vermag auch das orthopädisch begründete Zumutbarkeitsprofil zu überzeugen: Demnach seien dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht leichte Tätigkeiten mit Belastungs-Adaptation an die Lendenwirbelsäule, beide Schultern und an das rechte Kniegelenk zumutbar. Es sollte sich um Tätigkeiten handeln, bei welchen der Versicherten jeweils in freiem Ermessen in der Lage sei, seine Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen wechseln zu können. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 10 kg limitiert. Tätigkeiten mit Aufenthalt auf unebenem Gelände, Gerüsten und Leitern sowie einhergehend mit erhöhter Unfallgefährdung seien zu meiden. Rein orthopädisch bestehe eine Arbeitsfähigkeit mit vollem Pensum und einer Minderung der Leistungsfähigkeit von 30 %. Letztere gründe auf auch in angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren Rückenbeschwerden, beidseitigen Schulterbeschwerden und Arthralgien im rechten Kniegelenk in Verbindung mit einem morphologisch nachvollziehbaren Instabilitätsgefühl. Die orthopädischen Befunde minderten das Arbeitstempo und somit auch die Produktivität. Retrospektiv sei von einer globalen Arbeitsfähigkeit von 70 % in angepasster Tätigkeit ab Aufgabe der letzten Tätigkeit (Inhaber/Geschäftsführer in einer Kaffeebar) ■ 30. September 2010 ■ auszugehen.

Sodann erachtet der neurologische Gutachter eine Neuropathia patellae rechts als für die Arbeitsfähigkeit relevant. Dies wird nachvollziehbar damit begründet, dass anlässlich der neurologischen Untersuchung eine Hypästhesie im partiellen Versorgungsgebiet des sensiblen N. infrapatellaris rechts bestanden habe. Daraus ergebe sich mit Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus neurologischer Sicht eine verminderte Belastungsfähigkeit des rechten Beins. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kellner sei dem Versicherten demnach nicht mehr zumutbar. In jeder Verweistätigkeit, die ein Vermeiden längeren Stehens oder Gehens sowie einer mechanischen Belastung des rechten Beines beinhalte, sei die Arbeitsfähigkeit des Versicherten aus neurologischer Sicht jedoch nicht beeinträchtigt.

Dagegen ergaben sich im internistischen Teilgutachten keine beeinträchtigenden Befunde und Diagnosen.

Im rheumatologischen Teilgutachten findet eine umfassende Anamnese statt. Der Gutachter geht zudem spezifisch auf die einzelnen Beschwerdebilder ein und legt gestützt darauf nachvollziehbar dar, dass keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen. Aus dem rheumatologischen Formenkreis sei ein früher rezidivierendes, dann chronisches lumbovertebrales Syndrom bekannt, wobei schon 1999 erstmals eine Spondylolyse und Anterolisthesis von LWK 5 Grad 1 nach Meyerding festgestellt worden sei. Eine erste MRI-Abklärung am 11. Februar 2009 habe sodann zusätzlich eine leichte links paramediane Diskusprotrusion ohne neurale Beeinträchtigung ergeben. Subjektiv hätten sich die Beschwerden über all die Jahre jedoch nicht verändert, klinisch bestehe aber eine gute Funktion der LWS, klare schmerzmodulierende Faktoren

liessen sich bei den chronischen Schmerzen nicht eruieren. Die damals im MRI festgestellten degenerativen Veränderungen der Bandscheibe C6/7 könnten als normale Abnützung beurteilt werden. Die Schmerzen persistierten seither, klinisch könne jedoch höchstens eine Fehllhaltung mit Tendenz zu Hyperlordose festgestellt werden. Die im MRI der HWS vom 16. Mai 2013 festgestellte progrediente Diskusprotrusion mediolateral links mit möglicher Kompromittierung der Nervenwurzel C7 links habe klinisch kein entsprechendes Korrelat, eine entsprechende radikuläre Symptomatik fehle. Die starken Schmerzen kontrastierten zu der guten Beweglichkeit und den fehlenden Irritationszonen über den Facettengelenken. Ebenfalls könnten die geklagten massiven Verspannungen klinisch nicht objektiviert werden. Die Schmerzen stünden somit eher im Zusammenhang mit einer somatoformen Schmerzstörung. Eine Sonographie am 4. November 2011 habe eine beidseitige Supraspinatustendinose bei sonst unauffälligem Befund ergeben. Bei anhaltenden Schmerzen sei am 9. beziehungsweise 12. November 2011 ein Arthro-MRI des linken beziehungsweise rechten Schultergelenkes erfolgt, welches beidseits einen kleinen Unterflächeneinriss der Supraspinatussehne bei Ansatz tendinose und sonst unauffälligen Befunden ergeben habe. Bei der Anamneseerhebung falle auf, dass der Versicherte zwar von Schulterschmerzen rede, dann jedoch auf den dorsalen Schultergürtel deute. Auf dem Körperschema zeichne er die Schmerzen entlang der oberen Thoraxapertur ein, jedoch nicht im Bereich der Schultergelenke. Dies decke sich auch mit dem geringen klinischen Befund bei guter Beweglichkeit beidseits und indolenter Rotatorenmanschette. Die aktuellen MRI-Befunde bestätigten links eine Tendinopathie der Supraspinatussehne bei subacromialem Enghnis, rechts scheine offenbar die Unterflächenläsion der Supraspinatussehne etwas zugenommen zu haben, eine vollständige Ruptur bestehe jedoch weiterhin nicht. Klinisch könne lediglich links aktuell ein leichtes Impingement mit Schmerzangabe im Schultergelenk festgestellt werden. Hinsichtlich der Knie bestehe radiologisch lediglich eine diskrete mediale Gonarthrose beidseits, klinisch sei das linke Kniegelenk ohne Erguss, rechts bestehe nur ein minimaler Reizerguss, die Funktionalität sei trotz leichter Instabilität gut. Bereits erstmals seien im Jahr 2001 vier Monate nach der traumatisch erlebten Kollision mit einem Auto der Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung geäussert und Risikofaktoren für eine Symptomausweitung festgestellt worden. Im November 2011 sei durch Dr. med. N.\_\_\_\_, Physikalische Medizin, erneut eine Diskrepanz zwischen subjektiv beklagten und objektiv erhobenen Befunden geäussert und eine Schmerzverarbeitungsstörung vermutet worden. Anlässlich einer rheumatologischen Untersuchung am H.\_\_\_\_ im Januar 2011 sei eine somatoforme Schmerzstörung erwogen worden, Hinweise für eine Fibromyalgie habe man nicht gefunden. Anlässlich einer erneuten rheumatologischen Abklärung am I.\_\_\_\_ im September 2011 sei dann erwähnt worden, dass die neuen Diagnosekriterien einer Fibromyalgie erfüllt seien. Diese Kriterien seien weiterhin erfüllt, bestätigten als solche aber nicht das Vorliegen einer Fibromyalgie, definitionsgemäss müssten andere Krankheiten ausgeschlossen werden. Nicht passend für eine Fibromyalgie seien die im Körperschema vom Versicherten nur sehr punktuell eingezeichneten Schmerzen, ferner fehle die typische, generalisierte Druckschmerzhaftigkeit. Somit sei das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung, unter anderem bei traumatisch erlebtem Unfall im 2000, am wahrscheinlichsten. Die Bestätigung dieser Diagnose und die Beurteilung des Krankheitsausmasses sei Aufgabe des psychiatrischen Gutachtens. Die Arbeitsfähigkeit als Gastronom sei aus rheumatologischer Sicht weiterhin zu 100 % gegeben. In einer Verweistätigkeit (leichte Tätigkeit mit mehrheitlich Sitzen, jedoch wechselbelastend) sei er ebenfalls aus rheumatologischer Sicht

voll arbeitsfähig.

Die psychiatrische Gutachterin fand in der Folge jedoch keine fachspezifischen und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen und verneinte auch das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung mit nachvollziehbarer Begründung. Als nicht relevante Nebendiagnose werden narzisstische Wesenszüge ohne das Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung beschrieben. Die erfragte psychiatrische Vorgeschichte sei soweit unauffällig. Psychische Vorerkrankungen würden nicht angegeben, auch sei nie eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung durchgeführt worden. Im psychischen Befund fielen doch deutlich demonstrative Elemente auf, die auf eine gewisse Beschwerdeausweitung hindeuteten. Unbewusste, langjährige psychodynamische Konfliktfaktoren, die sich in einer Somatisierung niederschlagen würden, seien aber nicht zu eruieren. Der Versicherte wirke ansonsten psychisch stabil und entsprechende Faktoren seien anamnestisch auch nicht herauszuarbeiten. Eine auf das Schmerzgeschehen modulierend einwirkende psychiatrische Morbidität könne nicht gesehen werden. Insbesondere liege kein Anhalt für eine somatoforme Schmerzstörung vor. Sozial sei der Versicherte sehr gut integriert. Die Arbeitsfähigkeit sei auf dem psychiatrischen Fachgebiet nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht resultiere keine Beeinträchtigung des Belastungsprofils.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Die übrigen medizinischen Stellungnahmen geben keinerlei Anlass, an den Ergebnissen des Gutachtens zu zweifeln. Insbesondere liegen keine Stellungnahmen behandelnder Ärzte vor, welche der Beurteilung der Gutachter explizit widersprechen würden. Mit der Beschwerdegegnerin ist daher davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine Teiltätigkeit als Kellner im Rahmen seiner früheren Gesamttätigkeit als selbstständiger Gastronom zwar nicht mehr zumutbar ist. Die übrigen typischen Tätigkeiten als Gastronom und jegliche sonstigen angepassten leichten Tätigkeiten, können aber bei Beachtung des Belastungsprofils mit einer Leistungseinbusse von 30 % in einem vollen Arbeitspensum ausgeübt werden.

6.2 Gegen den Beweiswert des Gutachtens der D.\_\_\_\_ bringt der Beschwerdeführer in seinen Rechtsschriften inhaltlich keine Rügen vor. Er macht lediglich geltend, das Gutachten vom 27. November 2014 beruhe auf Untersuchungen vom November 2013 und sei somit im Verfügungszeitpunkt am 7. Mai 2015 bereits veraltet gewesen, weshalb darauf nicht mehr abgestellt werden könne. Eine erneute Begutachtung ist jedoch nicht notwendig, da keinerlei Hinweise dafür bestehen, dass sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit erheblich verändert hätte. Auch aus dem von der Beschwerdegegnerin eingereichten Austrittsbericht des E.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2015 ergeben sich keine Anhaltspunkte für eine Verschlechterung zwischen der Begutachtung und dem Verfügungszeitpunkt.

Sodann bringt der Vertreter des Beschwerdeführers erstmals anlässlich seines Plä-doyers inhaltliche Rügen gegen das Gutachten vor und macht unter anderem geltend, im Gutachten habe der rheumatologische Gutachter die Diagnose einer Fibromyalgie gestellt. Er habe die Kriterien auf Seite 77 des Gutachtens auch abgehandelt. In der Folge habe der Hauptgutachter diese Diagnose aber übersehen. Das spreche gegen die Beweiskraft des Gutachtens. Dieses sei damit nicht umfassend. Es werde im Gutachten auch nicht dargelegt, weshalb die Fibromyalgie nun nicht mehr aufgeführt worden sei. Des Weiteren sei auch das psychiatrische Teilgutachten nicht überzeugend. In diesem Zusammenhang kann

vollumfänglich auf die vorgehenden Erwägungen unter Ziff. II. 6.1 verwiesen werden, womit diese Rügen den Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern vermögen.

Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, die Beschwerdegegnerin sei mit Schreiben vom 10. November 2014 darüber orientiert worden, dass auf Veranlassung der orthopädischen Klinik des E.\_\_\_\_ insbesondere zur Evaluation weiterer operativer Eingriffe des rechten Knies und der lumbalen Wirbelsäule MR-Abklärungen stattgefunden hätten. Diese habe die Beschwerdegegnerin nicht beigezogen. In diesem Zusammenhang kann auf die Argumentation der Beschwerdegegnerin verwiesen werden. Wie aus den Akten hervorgeht, hat der Vertreter des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 10. November 2014 (IV-Nr. 73) die Zustellung entsprechender Arztberichte in Aussicht gestellt. Die von ihm dazu beantragte Frist von 20 Tagen, welche ihm mit Schreiben vom 12. November 2014 gewährt worden ist (IV-Nr. 74), ist aber offensichtlich ungenutzt verstrichen. Der Beschwerdeführer hat bis heute keine medizinischen Belege vorgelegt, die eine Veränderung des Gesundheitszustands glaubhaft machen. Demnach erscheint die Rüge des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe es unterlassen die Berichte einzuholen, verfehlt.

Insofern der Beschwerdeführer schliesslich eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügt, da die Beschwerdegegnerin an Stelle der im Vorbescheid angewandten Tabellenlöhne LSE 2010 in der angefochtenen Verfügung die LSE 2012 herangezogen haben, ist ihm entgegenzuhalten, dass dadurch keine rentenrelevante Veränderung eingetreten ist. Vielmehr hat sich der Invaliditätsgrad sogar zugunsten des Beschwerdeführers von 30 % auf 33 % erhöht. Damit musste dem Beschwerdeführer diesbezüglich nicht vorab das rechtliche Gehör gewährt werden.

7. Streitig ist des Weiteren die Bemessung des Validen- und Invalideneinkommens. Für die Ermittlung des Einkommens, welches die versicherte Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft (BGE 129 V 224 E. 4.3.1; RKUV 2006 U 568 S. 66 Erw. 2).

7.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, beim Valideneinkommen sei die Tatsache unberücksichtigt geblieben, dass der Beschwerdeführer gemäss schriftlicher Bestätigung des Vorderbetreibers, F.\_\_\_\_ im Gesundheitsfall die G.\_\_\_\_ an der [...]strasse übernommen hätte. Die Erträge des früheren und des neuen Betreibers könnten eine genügend zuverlässige Grösse zur Bestimmung des Valideneinkommens bilden.

Soll bei der Festsetzung des Valideneinkommens eine berufliche Weiterentwicklung, welche die versicherte Person normalerweise vollzogen hätte, mitberücksichtigt werden, so müssen praxisgemäss konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. Sodann genügen blosser Absichtserklärungen der versicherten Person nicht. An den Nachweis von Weiterentwicklung und Aufstieg im Beruf sind rechtsprechungsgemäss hohe Beweisanforderungen zu stellen. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angeführt hat, ist die vorliegend vom Beschwerdeführer behauptete Entwicklungsmöglichkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Zwar bestätigt Herr F.\_\_\_\_ (offenbar früherer Besitzer der G.\_\_\_\_) mit einem undatiertem

Schreiben, dass er mit dem Beschwerdeführer vereinbart habe, dass letzterer per 15. August 2011 eine G.\_\_\_\_ in [...] pachten könne. Echtzeitliche Unterlagen, die dieses Vorhaben bestätigen, liegen in den Akten aber nicht vor. Zudem gab der Beschwerdeführer im Früherfassungsgespräch vom 4. Mai 2012 (IV-Nr. 10) gegenüber der Beschwerdegegnerin an, er habe Schulden zwischen CHF 20'000.00 und 30'000.00, was ebenfalls gegen eine Realisierung der Übernahme spricht, da gemäss dem Schreiben von F.\_\_\_\_ eine Übernahmesumme von CHF 340'000.00 vereinbart worden sei. Die geltend gemachte Aufstiegsmöglichkeit ist somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt.

7.2 Für die Bestimmung des Valideneinkommens, d.h. des hypothetischen Einkommens ohne Gesundheitsschaden, ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit tatsächlich verdienen würde, wenn sie gesund geblieben wäre. Da im Gesundheitsfall erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit weitergeführt worden wäre, ist in der Regel an den letzten Lohn anzuknüpfen, den die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat (BGE 129 V 222 E. 4.3.1). Der Beschwerdeführer hat seine letzte Tätigkeit als selbständiger Gastronom aus wirtschaftlichen Gründen aufgeben müssen (IV-Nr. 8, S. 146). Für das Einkommen im Gesundheitsfall kann deshalb nicht mehr an den dortigen Verdienst angeknüpft werden. Vielmehr sind für das Valideneinkommen ■ wie von der Beschwerdegegnerin zu Recht erfolgt ■ die LSE-Tabellenlöhne des Bundesamtes für Statistik, heranzuziehen (BGE 126 V 75). Abzustellen ist dabei auf die seit 22. Oktober 2014 gültigen LSE-Tabellen 2012, welche die Berufsgruppen neu nicht mehr in Anforderungsniveaus, sondern in Kompetenzniveaus unterteilt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin auf das Kompetenzniveau 1, Tabellenlohn TA1 für allgemeine Hilfsarbeiten, abgestellt, was vom Beschwerdeführer zu Recht nicht bestritten wurde. Ein Arbeitnehmer verdiente im Jahr 2012 in diesem Arbeitsmarktsegment durchschnittlich (im Sinne des Medianwertes) CHF 5'210.00 pro Monat, einschliesslich Anteil für den 13. Monatslohn (Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level). Dieser Durchschnittslohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist daher auf die im Jahr 2013 im privaten Sektor übliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 4/2014, S. 90, Tab. 9.2) sowie auf die geltende Teuerung 2013 (:101,8 x 102,6) aufzurechnen, so dass ein jährliches Valideneinkommen von CHF 65'689.30 resultiert.

7.3 Da der Beschwerdeführer aktuell keiner Erwerbstätigkeit nachgeht, welche ihm medizinisch grundsätzlich zumutbar wäre und er bei Aufbringung der erforderlichen Anstrengung ausüben könnte, berechnet sich das Invalideneinkommen gleich wie das Valideneinkommen nach den LSE-Tabellen. Wiederum hat die Beschwerdegegnerin auf das Kompetenzniveau 1 abgestellt, was im Lichte des im D.\_\_\_\_-Gutachten statuierten Zumutbarkeitsprofils nicht zu beanstanden ist. Das Kompetenzniveau 1 in der LSE 2012 entspricht dem Anforderungsniveau 4 gemäss früheren Tabellen bis zur LSE 2010 für Hilfsarbeiten (vgl. IV-Rundschreiben Nr. 328 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] vom 22. Oktober 2014), womit dem Beschwerdeführer grundsätzlich genügend Tätigkeiten offenstehen, die dem Zumutbarkeitsprofil entsprechen. Die Rüge des Beschwerdeführers, eine Tätigkeit im bisherigen Bereich als selbständiger Gastronom sei ihm nicht mehr zumutbar bzw. nur mit einer Umschulung möglich, ist somit unbeachtlich. Im Übrigen hat das Bundesgericht in neueren Urteilen die Anwendung der LSE 2012, wenn diese bei Verfügungserlass bereits vorlag, unbeanstandet gelassen (vgl. z.B. Urteil des

Bundesgerichts 8C\_695/2015 vom 19. November 2015 E. 4). Damit berechnet sich das Invalideneinkommen ebenso wie das Valideneinkommen. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden und der Teuerung 2013 resultiert demnach für den Beschwerdeführer bei einer Leistungseinschränkung von 30 % ein jährliches Invalideneinkommen von CHF 45'982.50.

Des Weiteren ist es praxisgemäss zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen, um besonderen beruflichen oder persönlichen Umständen einer versicherten Person wie leidensbedingte Einschränkung, Alter, Nationalität oder Beschäftigungsgrad Rechnung zu tragen, welche sich erfahrungsgemäss auf die Lohnhöhe auswirken können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc und 5b). Was die Höhe des Abzugs angeht, so ist nicht für jedes in Betracht fallende Merkmal separat eine Reduktion vorzunehmen, weil damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden; vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Bei der Gewährung oder Verweigerung des Abzugs handelt es sich um eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72; Urteil des Bundesgerichts 9C\_199/2013 vom 4. Februar 2014 E. 3.4.2). Anders als bei der Bemessung eines gewährten Abzugs ist das Gericht daher nicht gehalten, bei seiner Überprüfung eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Die Beschwerdegegnerin hat aufgrund der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung einen Abzug von 5 % vorgenommen, was angesichts des im D.\_\_\_\_-Gutachten formulierten Leistungsprofils nicht zu beanstanden ist. So führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, nicht automatisch zu einer weiteren Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 (bzw. gemäss den neu anwendbaren LSE 2012 Niveau 1) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E. 5.2 mit Hinweis). Selbst wenn man, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, davon ausginge, dass er sich wohl mit einem geringeren Lohn zu begnügen hätte als voll leistungsfähige und entsprechend einsetzbare Arbeitnehmer (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit weiteren Hinweisen), käme höchstens ein Abzug von 10 % in Frage, nachdem für einen weiteren Abzug aufgrund Alter und Nationalität kein Raum besteht und dem Beschwerdeführer zudem ein Vollzeitpensum bei reduzierter Leistungsfähigkeit zumutbar ist, womit auch kein Grund besteht, einen Abzug aufgrund eines reduzierten Beschäftigungsgrades vorzunehmen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2 und 3.3). Selbst wenn man also von einem 10%igen Abzug ausginge, ergäbe sich daraus gleichwohl kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad. Bei einem Abzug von 10 % würde sich das Invalideneinkommen von CHF 45'982.50 auf CHF 41'384.25 belaufen, was bei einem Valideneinkommen von CHF 65'689.30 ein Invaliditätsgrad von 37 % ergäbe, was ebenfalls keinen Anspruch auf eine Rente begründet.

8. Schliesslich ist auf den Antrag des Beschwerdeführers einzugehen, es seien ihm berufliche Massnahmen im Sinne einer Umschulung zu gewähren. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8 Abs. 1 IVG setzt insbesondere die subjektive Eingliederungsbereitschaft des Versicherten voraus (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 265/05 E. 3.2 vom 3. Oktober 2005). Wie hierzu dem D.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Januar 2014 zu entnehmen ist, habe der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern erwähnt, dass er sich angesichts seiner umfangreichen körperlichen Beschwerden derzeit eine körperliche Arbeit

nicht vorstellen könne (S. 41 des Gutachtens). Zudem gab der Beschwerdeführer anlässlich des Intake-Gesprächs vom 4. Mai 2012 (IV-Nr. 10) ebenfalls an, er könne nicht arbeiten und er könne sich auch nicht vorstellen, einen Kurs zu besuchen. Damit ist davon auszugehen, dass die subjektive Voraussetzung zur Gewährung von Eingliederungsmassnahmen (Eingliederungsbereitschaft) nicht erfüllt ist, weshalb die Beschwerdegegnerin den diesbezüglichen Anspruch zu Recht verneint hat.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung 7. Mai 2015 im Resultat als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

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

Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I. 4. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter des Beschwerdeführers hat am 23. November 2015 sowie am 19. September 2016 je eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'829.50 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'731.05 festzusetzen (8.31 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 448.70 (Differenz zum vollen Honorar [8.31 x CHF 230.00 + CHF 180.00 + 8 % MwSt. = CHF 2'179.75; - CHF 1'731.05 = CHF 448.70]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 179 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Die Differenz zu den eingereichten Kostennoten begründet sich einerseits damit, dass mehrere der geltend gemachten Positionen Kanzleiaufwand darstellen (Orientierungskopien an den Klienten vom 9. September, 22. September 2015 sowie vom 1. April und 23. Juni 2016; Fristerstreckungsgesuche vom 10. Juli, 4. September, 28. September sowie 20. Oktober 2015; Einreichung der Kostennote am 23. November 2015), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Sodann sind die Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 160 Abs. 5 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Schliesslich beträgt der Ansatz für die Vergütung von Fahrtspesen 70 Rappen pro Kilometer (§ 157 Abs. 3 Gebührentarif i.V.m. 161 lit. a GAV) und nicht CHF 1.00, wie beantragt.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, wird auf CHF 1'731.05 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 448.70, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 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                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Isch

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