

SO_GERICHTE VSBES.2016.10 vom 10. Dezember 2015

SO Obergericht, 2015-12-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.10

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.10 du 10 décembre 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.10 del 10 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1972 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) absolvierte von 1989 bis 1992 eine Ausbildung zum Autolackierer mit Fachausweis und arbeitete in der Folge als Autolackierer, Lagermitarbeiter, Lackierer, Heizungsmonteur-Hilfskraft, Industriemaler bzw. -lackierer und als Mitarbeiter «Kunststoffherstellung» sowie «Abbruch und Rückbau» bei verschiedenen Arbeitgebern. Zuletzt war er seit September 2010 als technischer Allrounder bei der B.____, [...], tätig. Als Folge eines Fahrradsturzes mit Riss des vorderen Kreuzbandes und des Innenmeniskus im rechten Knie vom 2. November 1995 und eines Rückfalls am 6. Oktober 1996 (Sprung von Mauer mit Distorsionstrauma des rechten Knies) leidet er unter Kniearthrose. Am 1. August 2011 erlitt er einen weiteren Unfall, als er beim Spiel mit einem Kind nach hinten stürzte und sich mit der linken Hand abstützte. Dabei erlitt er eine Partialruptur der Supraspinatussehne und der Subscapularissehne der linken Schulter. Am 9. September 2011 erfolgte eine MR-Arthrographie des linken Schultergelenkes und am 15. November 2011 eine Schulterarthroskopie (Rotatorenmanschettennaht, Labrumrefixation, Tenodese der langen Bizepssehne und Akromioplastik). Ende November 2011 stürzte er bei der Entfernung der OP-Fäden in der Hausarztpraxis vom Stuhl, wobei er sich mit dem linken Arm bzw. mit der operierten linken Schulter auffing. Das am 2. März 2012 durchgeführte Arthro-MRI der linken Schulter zeigte einen Abriss der tenodesierten Bizepssehne. Vom 9. August bis 13. September 2012 hielt sich der Beschwerdeführer in der C.____ auf. Die Anmeldung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug erfolgte am 28. August 2012 (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Am 20. November 2012 wurde der Beschwerdeführer im D.____, Orthopädische Klinik, an der linken Schulter erneut operiert (Schulterarthroskopie mit Bursektomie, Narbenlyse und Kapsulotomie links). Die C.____ wies den Beschwerdeführer in der Folge der E.____, [...], zur Beurteilung der Kniebeschwerden rechts zu.

1.2 Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) schloss den Fall nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 27. März 2013 bezüglich der Kniebeschwerden rechts mit Verfügung vom 5. April 2013 ab. In Bezug auf den Unfall vom 2. November 1995 gewährte sie eine Integritätsentschädigung (IV-Nr. 16). Bezüglich der Schulterbeschwerden links teilte sie dem Beschwerdeführer nach der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 1. Mai 2013 am 10. Juni 2013 mit, von einer weiteren ärztlichen Behandlung sei keine wesentliche Besserung mehr zu erwarten, weshalb der Fall diesbezüglich ebenfalls abgeschlossen werde (IV-Nr. 27). Am 19. September 2013 wurde im D.____ eine therapeutische Infiltration am rechten Knie durchgeführt. Im Hinblick auf einen Fallabschluss der linken Schulter und eine Zumutbarkeitsbeurteilung hinsichtlich des rechten Knies erfolgte am 23. Juni 2014 eine weitere kreisärztliche Abschlussuntersuchung (IV-Nr. 49 S. 2 ff.). Wegen unklarer Rückenschmerzen wurde der Beschwerdeführer dem D.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, zugewiesen. Mit Verfügung vom

11. August 2014 sprach die Suva dem Beschwerdeführer infolge der Unfälle vom 2. November 1995 und 1. August 2011 aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 21 % eine Invalidenrente ab 3. Februar 2014 zu, wobei im Wesentlichen ausgeführt wurde, allein aufgrund der Unfallfolgen am rechten Knie und an der linken Schulter sei aus medizinischer Sicht noch eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, welche vorzugsweise sitzend zu verrichten sei und bei welcher keine Gewichte über Schulterhöhe zu heben seien, grundsätzlich ganztags zumutbar. Krankheitsbedingte Befunde von Seiten des Rückens seien nicht berücksichtigt worden (IV-Nr. 53). 1.3 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) erteilte dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 13. Mai 2013 als Integrationsmassnahme Kostengutsprache für ein Aufbautraining in der F.____, [...], vom 6. Mai bis 4. August 2013 (IV-Nr. 24). Diese Integrationsmassnahme wurde vom 5. August bis 3. November 2013 und vom 4. November 2013 bis 2. Februar 2014 verlängert (IV-Nr. 31 und 38). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Beizug einer Stellungnahme der E.____ sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. Dezember 2015 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100 % eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. Februar bis 31. Juli 2013 zu. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss den medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 1. August 2011 für jegliche Tätigkeiten zu 100 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Gemäss den ärztlichen Berichten sei ihm die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als technischer Allrounder nicht mehr zumutbar. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselbelastendem Charakter unterhalb des Schulterniveaus seien ihm jedoch ohne Einschränkung zuzumuten. Dabei sei zu beachten, dass Überkopfarbeiten und Tätigkeiten mit repetitivem Charakter über Schulterhöhe mit schweren und mittelschweren Gewichten langfristig vermieden werden. Eine solche Tätigkeit sei ihm seit Mai 2013 medizinisch-theoretisch zu 100 % zumutbar. Integrationsmassnahmen seien bereits durchgeführt worden; weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen seien abzulehnen. Eine polydisziplinäre Begutachtung sei nicht angezeigt. Bezüglich der Schulterbeschwerden habe sich der Gesundheitszustand verbessert. Von Seiten des Knies bestehe eine Einschränkung nur in dem Sinne, dass kniende Tätigkeiten oder repetitives Treppen- oder Leitersteigen vermieden werden sollten. Ein Revisionsgrund sei somit ausgewiesen; ab 1. Mai 2013 sei von einer Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen (IV-Nr. 72 S. 2 ff.; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

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

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

5. Im Zeitpunkt des Rentenbeginns am 1. Februar 2013 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

5.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J.____, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, hielt in seinem Bericht vom 15. September 2011 folgende Diagnose fest: «Partialruptur von Supraspinatussehne und Subscapularissehne der linken Schulter vom 1.8.2011». Im Weiteren führte er aus, der Patient sei beim Spiel mit einem Kind nach hinten gestürzt, habe sich mit dem linken Arm abgestützt und dabei sofortige Schmerzen in der linken Schulter gespürt. Als Lagerarbeiter sei er arbeitsunfähig. Es seien unverändert Schmerzen nachts, bei starker Armabduktion und -adduktion vorhanden. Es bestehe eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 2. August 2011 (IV-Nr. 11.6).

5.2 Aus dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik (Dr. med. K.____, Leitender Arzt), vom 26. September 2011 geht die Diagnose «Partialruptur Supraspinatus- und Subscapularissehne linke Schulter nach Hyperextensionstrauma 01.08.2011» hervor. Im Rahmen der Anamnese wurde ausgeführt, trotz Analgetika und physiotherapeutischen Bemühungen verblieben schmerzhafte Bewegungen, vor allem in der Elevation sowie eine Einschränkung in der horizontalen Abduktion und in der Retroversion. Es bestünden auch deutliche Schmerzen bei der aktiven Elevation des Armes. Zur Beurteilung wurde angegeben, nach Demonstration der nahezu transmuralen Läsionen von Subscapularis- und Supraspinatussehne sei in Anbetracht des Patientenalters und der nicht zu erwartenden vollständigen Beschwerdekompensation ein operatives Vorgehen mit Sehnenrefixation zu empfehlen (IV-Nr. 12.2 S. 140).

5.3 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 23. Februar 2012 wurde ein «Status nach Sturz postoperativ mit Abriss der tenodesierten langen Bizepssehne, sonographisch bursaseitige Partiaalläsion Supraspinatussehne auf circa 25 % Sehnenbreite» angegeben. Es wurde ausgeführt, das nun 3 Monate postoperativ erreichte Ausmass von Kraft und Beweglichkeit sei als regelrecht und erfreulich zu beurteilen. Die anhaltenden Schmerzen seien lästig und verunsicherten den Patienten, insbesondere im Zusammenhang mit dem beschriebenen Sturzereignis früh postoperativ. Nach Diskussion der Optionen werde nun ein Arthro-MRI geplant, welches jedoch nur im Falle von deutlichsten Sehenschäden eine operative Konsequenz haben würde (IV-Nr. 12.2 S. 107 f.).

5.4 Am 2. März 2012 wurde ein Arthro-MRI der linken Schulter vorgenommen. Laut dem Bericht der C.____ (Dossier-Triage zur Beurteilung der Indikation für eine arbeitsorientierte Rehabilitation; Dr. med. L.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH) vom 12. März 2012 hat sich der Zustand gemäss den verfügbaren Informationen mit der Therapie wesentlich verbessert. Das Arthro-MRI zeige den Abriss der tenodesierten Bizepssehne infolge Sturzes vom Stuhl Ende November 2011 bei der Entfernung der Fäden. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei nun kaum mehr eingeschränkt und der Patient klage nur noch über sehr wenige Beschwerden. Die derzeit laufende, ambulante Physiotherapie sollte aber auf jeden Fall fortgeführt werden. Soweit aus der Aktenlage beurteilbar, seien aktuell keine weiteren diagnostischen Abklärungen erforderlich. Eine Rehabilitation werde aktuell nicht empfohlen. Aus orthopädischer Sicht sei eine Arbeitsaufnahme in 4 bis 6 Wochen abzusehen. Sollten die Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als technischer Allrounder entgegen den bisherigen Erwartungen doch noch nicht gegeben sein, dürfte als nächster Schritt eine trainingsorientierte Rehabilitation kaum mehr zu umgehen sein (IV-Nr. 12.2 S. 105 f.).

5.5 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 13. April 2012 wurde angegeben, das Kraft- und Bewegungsausmass habe sich recht gut entwickelt, problematisch blieben die beklagten Schmerzen. Diese würden durch das Liegen auf der linken Seite provoziert, der Patient erkläre jedoch, dass auch Kraftübungen in der Physiotherapie gut und schmerzfrei durchführbar seien. Die Ursache der beklagten Beschwerden sei nicht eindeutig benennbar. In Betracht kämen unspezifische Restentzündungsbeschwerden oder auch ein Low grade Infekt (IV-Nr. 12.2 S. 94 f.).

5.6 Dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 10. Mai 2012 kann entnommen werden, der Patient beklage in unverändertem Mass belastungseinschränkende Schmerzen

der linken Schulter, die bei klinisch funktionell guten Befunden nicht eindeutig erklärbar seien. Dem Patienten sei erklärt worden, dass nach den Monaten der Krankschreibung eine freie Arbeitsvermittlung nicht nur auf dem Bau gesetzlich möglich sei und somit nicht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert werden könne. Einen Arbeitseinstieg zu 50 % zu attestieren wäre nach der Aussage des Patienten unrealistisch, da er sich nun eigenständig um eine erneute Anstellung (100 %) bewerben müsse und werde. Es sei nun eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab 31. Mai 2012 attestiert worden (IV-Nr. 12.2 S. 88 f.).

5.7 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 12. Juni 2012 wurde ausgeführt, der Patient wünsche weiterhin keinen Versuch einer Cortison-Infiltration zur Schmerzreduktion. Die Physiotherapie werde nun abgeschlossen und es werde keine erneute Kontrolle bei jedoch noch beklagten Restschmerzen vereinbart (IV-Nr. 12.2 S. 82 f.).

5.8 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 18. Juli 2012 hielt Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie FMH, fest, der Patient gebe an, dass er immer noch starke Schmerzen in der linken Schulter habe. Er könne nicht auf der linken Schulter liegend schlafen, da er dabei wegen der Schmerzen aufwache. Er präzisiere aus seinem Krankheitsverlauf, dass er acht Tage nach der Operation anlässlich der Fadenentfernung beim Hausarzt zu Boden gestützt sei, da der Hausarzt den Stuhl weggezogen habe, damit der Patient nicht über diesen stolpere. Seit diesem Ereignis sei es nach anfänglichem Wohlbefinden nach der Operation viel schlechter gegangen. Aktuell sei er zu 50 % arbeitsfähig geschrieben, er könne jedoch in diesem Zustand keine schweren Arbeiten ausführen. Eigentlich widerstrebe ihm eine Kortisoninjektion in die Schulter, er sei jedoch gerne bereit, wieder in die Behandlung von Dr. med. K.____ zu gehen, damit er weitere Therapieoptionen mit ihm besprechen könne. Einer allfälligen Rehabilitation in [...] gegenüber wäre er sehr positiv eingestellt. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Restbeschwerden und Kraftminderung in der linken Schulter bei Status nach Supraspinatus- und Subscapularissehnennaht sowie SLAP-Refixation, Status nach Tenodese der langen Bizepssehne, Acromioplastik am 15.11.2011 an der linken Schulter, Status nach postoperativem Sturz mit Abriss der tenodesierten langen Bizepssehne und Entwicklung einer umschriebenen nicht ganz transmural reichenden Läsion der Supraspinatussehne ca. 8 Tage postoperativ». Es bestünden hier noch Unfallfolgen. Der aktuelle Zustand sei für einen körperlich schwer arbeitenden Mann noch nicht genügend. Es werde vorgeschlagen, die von der C.____ vorgeschlagene Rehabilitation zu veranlassen, um zu einem besseren kraftmässigen Resultat in der linken Schulter zu kommen. Ab 1. Juni 2012 werde die Arbeitsfähigkeit auf 0 % festgesetzt. Es sei eine Neubeurteilung nach der Rehabilitation vorzunehmen, dann seien allfällige weitere Massnahmen zu veranlassen (IV-Nr. 12.2 S. 67 ff.).

5.9 Vom 9. August bis 13. September 2012 hielt sich der Beschwerdeführer zur Rehabilitation in der C.____ auf. Dem Austrittsbericht vom 11. September 2012 können folgende Probleme beim Austritt entnommen werden: «1. Stechende bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen des linken Oberarms und der linken Schulter; 2. Knacken/Springen des Biceps brachii am linken Oberarm bei unvorsichtigen Bewegungen, bei Arbeiten über Kopf und schnellen Flexionsbewegungen im Ellenbogengelenk; 3. Heben von Lasten nur mit gestrecktem Arm als langem Hebel möglich; 4. Erhebliche Schmerzen und Instabilitätsgefühl im rechten Knie beim Gehen und beim Tragen von Lasten». Zur «Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und

Eingliederungsperspektive» wurde ausgeführt, die Zumutbarkeitsbeurteilung erfolge aus unfallkausaler Sicht. Die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als technischer Allrounder sei nicht gegeben. Die Anforderungen seien zu hoch: häufige Überkopfarbeiten, hantieren von bis zu sehr schweren Lasten, ausschliesslich gehend und stehend. Zur Zumutbarkeit anderer beruflicher Tätigkeiten wurde festgehalten, dass sich der Patient momentan noch in der medizinischen Phase befinde, da noch immer Abklärungen durch den behandelnden Arzt erfolgten, ob eventuell weitere operative Eingriffe sowohl hinsichtlich der Schulter, aber auch des rechten Knies, vorzunehmen seien. Die untenstehende Zumutbarkeit beziehe sich auf den Fall, dass keine weiteren Interventionen durch den behandelnden Orthopäden festzulegen seien. In körperlicher Hinsicht sei leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar. Tätigkeiten über Schulterhöhe seien zu minimieren. Es dürfe kein repetitiver Krafteinsatz des Armes notwendig sein. Bezüglich des rechten Knies seien folgende Einschränkungen festzuhalten: keine längeren Gehstrecken, nicht auf unebenem Untergrund, nicht wiederholt auf Leitern und Gerüsten, nicht kniend oder hockend sowie wechselbelastend, wobei überwiegend sitzend.

Zur diagnostischen Beurteilung wurde angegeben, klinisch habe man eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links in Aussenrotation und Anteversion feststellen können, ein leichtes Muskeldefizit des linken Oberarmes sowie ein positiver Akromioklavikular-Test links. Sodann sei bei im Verlauf des Aufenthalts vermehrt angegebenen Kniebeschwerden und in Anbetracht der oben genannten Epikrise eine MR-tomographische Verlaufsbildgebung des rechten Knies veranlasst worden. Diese zeige eine fortgeschrittene Früh-Gonarthrose bei rupturierter älterer VKB-Plastik, einen fragmentierten Aussenmeniskus und grossflächig fehlende Knorpelareale im medialen femoro-tibialen Gelenk-Kompartiment sowie eine ältere Partialruptur des medialen Kollateralbandes mit ossärem Ausriss. Zur orthopädischen Beurteilung sei für den Patienten vor Austritt noch ein Termin in der Kniesprechstunde der E.____ organisiert worden. Insgesamt betrachtet seien die geschilderten Beschwerden anhand der klinischen Befunde und aufgrund der bisherigen bildgebenden Diagnostik bei diesem leistungsbereiten und sich konsistent verhaltenden Patienten weitestgehend erklärbar.

Der Patient habe sich während seines Rehabilitationsaufenthaltes bezüglich des physiotherapeutischen Trainings- und Therapieprogrammes als äusserst motivierter und leistungsbereiter Patient erwiesen. Mit Hilfe eines intensiven physiotherapeutischen Rehabilitationsprogrammes habe im Verlauf des Aufenthaltes eine Steigerung der allgemeinen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit erzielt werden können. In der rechten Schulter habe der Patient eine leichte Verbesserung der Belastbarkeit und der Bewegungsumfänge erreicht, er sei jedoch nach wie vor durch die initiale Problematik limitiert. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit habe beim Training auf einem medizinisch angepassten hohen Niveau leicht gesteigert werden können. Bezüglich der Beweglichkeit der Schulter habe insgesamt eine gewisse Verbesserung erreicht werden können.

Der Patient verfüge über eine in der Schweiz abgeschlossene Berufsausbildung als Autolackierer. Zuletzt sei er als technischer Allrounder tätig gewesen und sei hierbei einer sehr schweren, vorwiegend gehenden und stehenden Arbeit nachgegangen. Aufgrund der notwendigen weiteren medizinischen Massnahmen seien prognostisch Aussagen aus medizinischer und physiotherapeutischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend möglich. Die bisherige Tätigkeit werde dem Patienten nicht mehr zumutbar sein

(IV-Nr. 12.2 S. 31 ff.).

5.10 Laut dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 16. Oktober 2012 wurde aufgrund der persistierenden Beschwerden des Patienten sowie der im MRT nachgewiesenen kleinen Supraspinatusläsion sowie der weiteren persistierenden Beschwerden im Bereich des Sulcus bicipitalis eine Operation für indiziert angesehen (IV-Nr. 12.2 S. 23 f.).

5.11 Am 20. November 2012 wurde der Beschwerdeführer im D.____, Orthopädische Klinik, operiert (Schulterarthroskopie mit Bursektomie, Narbenlyse, und Kapsulotomie links; IV-Nr. 12.2 S. 10 f.).

5.12 Laut dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 29. November 2012 wurde der Patient früher als geplant in die Sprechstunde bestellt, da in zwei von drei intraartikulären bzw. subakromialen Gewebeproben *Propioni acnes* nachgewiesen worden seien. Somit sei von einem Low-grade-Infekt auszugehen. Zusammen mit dem Infektologen plane man eine voraussichtliche vierwöchige Antibiose, beginnend mit täglichen und ambulant möglichen Infusionen für 14 Tage (IV-Nr. 12.2 S. 8 f.).

5.13 Gemäss dem Bericht der E.____ (Dr. med. N.____, Oberarzt), [...], vom 28. November 2012 wurden folgenden Diagnosen gestellt: «Medialbetonte Gonarthrose rechts bei VKB-Reruptur und Status nach arthroskopischer Meniskusnaht und offener VKB-Plastik 1996, persistierende Schulterschmerzen bei Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion». Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient leide seit längerem an belastungsabhängigen rechtsseitigen Knieschmerzen. Während die Knieschmerzen in letzter Zeit an Intensität zugenommen hätten, habe das Instabilitätsgefühl über die letzten Jahre kontinuierlich abgenommen. Es bestehe ein relativ flüssiger Barfussgang; ein Gelenkerguss sei nicht vorhanden. Die Kniebeweglichkeit sei praktisch frei und beweglich zur Gegenseite. Es bestehe ein positiver Lachmann, ansonsten ein stabiler Bandapparat. Das Knie-MRI vom 4. September 2012 zeige ausgeprägte Knorpelschäden, insbesondere die posterioren Anteile des medialen Femurkondylus sowie betreffend des medialen Tibiaplateaus. Lateral zeige sich zwar ebenfalls eine Osteophytenbildung bei jedoch weitgehend regelrechten Knorpelverhältnissen und einem intakten Aussenmeniskus. Es bestehe eine rupturierte VKB-Plastik.

Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um einen jungen Patienten mit beginnender medial betonter Gonarthrose bei Status nach rerupturierter VKB-Plastik. Chirurgisch bestehe bei diesem jungen Patienten die Möglichkeit einer valgisierenden Tibiakopfosteotomie. Hierfür müsse der Patient jedoch Stock entlasten, was aktuell aufgrund der Schulterproblematik nicht möglich wäre. Es werde deshalb empfohlen, vorerst die Schulterproblematik abzuschliessen. Danach werde sich der Patient erneut melden und werde sich mittels Röntgen-Kniestatus und Orthoradiogramm zur allfälligen Evaluation einer Umstellungsosteotomie melden (IV-Nr. 47.1 S. 80 f.).

5.14 Nach dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 19. Februar 2013 bestehen keine Zeichen eines persistierenden Infektes. Die Antibiose werde Ende des Monats beendet. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab dem 15. Februar 2013. Die Physiotherapiebehandlung wünsche der Patient bis Ende Februar 2013 fortzuführen (IV-Nr. 46.2 S. 83 f.).

5.15 Im Bericht der E.____ vom 6. März 2013 wurde festgehalten, bei der letzten Konsultation sei dem Patienten die Möglichkeit einer valgusierenden Beinachsenkorrektur aufgezeigt worden. Nach dem Komplettieren des Röntgenstatus sei die Indikation für diesen Eingriff fraglich, da bereits osteophytäre Anbauten am lateralen Tibiaplateau und lateralen Kondylus bestünden sowie bei konventionell radiologisch ersichtlicher Chondrocalcinose des lateralen Kompartimentes. Es sei deshalb fraglich, ob der Patient von diesem Eingriff profitieren werde. Es sei klar, dass die Situation bei diesem jungen Patienten schwierig sei. Wahrscheinlich bleibe mittel- bis langfristig nur die Implantation einer Kniegelenkprothese. Hierfür sei der Leidensdruck jedoch nicht entsprechend hoch. Zudem werde dieser Eingriff den Ansprüchen des Patienten wohl nicht gerecht, weswegen zuzuwarten sei. Es bleibe nur, die Alltagsaktivitäten anzupassen und die konservativen Massnahmen auszuschöpfen mit gegebenenfalls Kniegelenksinfiltrationen bei Schmerzexazerbation. Der Patient sei nicht für eine kniegelenksbelastende Tätigkeit qualifiziert, daher sollten Belastungen des Knies vermieden werden. Schweres Heben sei zu vermeiden. Optimal wäre eine angepasste Tätigkeit mit wechselbelastenden, stehenden/sitzenden Arbeiten. Die Behandlung werde vorerst abgeschlossen (IV-Nr. 47.1 S. 65 f.).

5.16 Gemäss dem Bericht des D.____, Medizinische Klinik (Dr. med. O.____, Leitender Arzt Infektiologie), vom 4. April 2013 habe sich die Situation vier Wochen nach dem Stopp der antibiotischen Therapie nicht verändert. Der Patient klage zwar immer wieder über Schmerzen im Bereich der Schulter, diese sei allerdings klinisch reizlos bis auf eine leichte Druckdolenz im Bereich des Akromioklavikulargelenkes. Dies sei während der antibiotischen Therapie auch schon vorhanden gewesen und habe sich seither nicht verändert. Die Entzündungswerte seien komplett unauffällig. Von daher sei davon auszugehen, dass der Infekt eradiziert (Keim vollständig eliminiert) sei. Mit dem Patienten sei vereinbart worden, die Krankengeschichte abzuschliessen (IV-Nr. 46.2 S. 62 f.).

5.17 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 17. April 2013 wurde ausgeführt, der Patient wirke aktuell recht aufgestellt und beschreibe die Situation von Seiten der Schulter als sehr erfreulich. Es bestehe eine gute, nahezu volle Einsatzfähigkeit, er habe lediglich leichtere Schmerzen beim langen Liegen auf der linken Seite. Hauptproblem seien nun belastungsabhängige Knieschmerzen rechts. Eine in der E.____ angedachte Umstellungsosteotomie sei aufgrund der lateralen Degeneration nicht mehr empfehlenswert. Bei der klinischen Untersuchung der linken Schulter zeige sich ein reizloses Gelenk mit voller Kraft und vollem Bewegungsumfang auf jeder Ebene. Das AC-Gelenk sei auf Druck indolent, bei forcierter horizontaler Abduktion bestehe ein leichter Schmerz über dem AC-Gelenk. Es bestehe eine schmerzfreie maximale Abduktion und Flexion. Es seien keine Instabilitätszeichen vorhanden. Nach längerem und kompliziertem Rehabilitationsverlauf bestehe nun ein gutes Resultat seitens der linken Schulter, weshalb man den Fall abschliesse (IV-Nr. 46.2 S. 72 f.).

6. Im Zeitpunkt der Anspruchsänderung (1. Mai 2013) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.1 Dr. med. P.____, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 1. Mai 2013 folgende Diagnose fest: «Restbeschwerden Schulter links bei: St.n. Low-grade-Infekt (Propioni acnes) 20.11.2012, St.n. Schulterarthroskopie mit Bursektomie, Narbenlösung und Kapsulotomie links am 20.11.2012, St.n. Supraspinatus- und Subscapularissehnennaht,

SLAP-Refixation, Tenodese der langen Bicepssehne sowie Acromioplastik Schulter links am 15.11.2011». Die Nebendiagnose lautete: «Medial betonte Gonarthrose Knie rechts bei: St.n. offener vorderer Kreuzbandplastik sowie arthroskopische Meniscusnaht 1996 bei vorderer Kreuzbandruptur und Reruptur des VKB». Im Weiteren wurde angegeben, es bestehe eine leicht eingeschränkte Schulterfunktion für Überkopftätigkeiten mit Druckdolenz über dem AC-Gelenk und leichter scapulothoracaler Dyskinesie. Momentan seien aus orthopädisch chirurgischer Sicht keine weiteren Massnahmen mehr geplant. Auch die physiotherapeutischen Behandlungen seien beendet worden. Bei Bedarf nehme der Patient noch Dafalgan ein. Sollten im Schulterbereich erneut Beschwerden auftreten, werde sich der Patient bei behandelnden Orthopäden direkt vorstellen. Ausgehend von der ursprünglich gelernten Tätigkeit bestehe durchaus eine relevante Einschränkung im Alltag. Überkopftätigkeiten und Tätigkeiten mit repetitiven Charakter über Schulterhöhe mit schweren und mittelschweren Gewichten sollten langfristig vermieden werden. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselbelastendem Charakter unterhalb Schulterniveau seien ohne Einschränkung zumutbar. Von Seiten des Knies bestehe eine Einschränkung in dem Sinne, dass kniende Tätigkeiten oder repetitives Treppen- oder Leitersteigen vermieden werden sollte. Hierbei handle es sich um eine Abschlussuntersuchung. Die gesamte Situation sei gemeinsam mit dem Patienten und der zuständigen Sachbearbeiterin besprochen worden. Es bestünden momentan keine weiteren Fragen. Der Patient sei mit diesem Vorgehen einverstanden (Bericht vom 6. Mai 2013; IV-Nr. 46.2 S. 52 ff.).

6.2 Aus dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 12. September 2013 geht folgende Diagnose hervor: «Medial betonte Gonarthrose rechts mit/bei St.n. offener VKB-Plastik sowie arthroskopischer Meniscusnaht 1996 (in Aarau) bei vorderer Kreuzbandruptur, St.n. Schraubenentfernung im Verlauf, Anamnestisch VKB-Re-Ruptur im Verlauf». Die Nebendiagnosen lauteten wie folgt: «Status nach Schulterarthroskopie, Rotatorenmanschettenrekonstruktion 11/2011, Status nach Verletzung Fuss links 31.07.2003 mit Durchtrennung der Extensor hallucis longus-Sehne, Extensor digitorum longus-Sehne, Arteria dorsalis pedis sowie Nervus fibularis superficialis, Status nach Nervenadaptation, Wundversorgung sowie Sehnennaht am 31.07.2009, Status nach Narbenkorrektur 23.12.2009». Im Weiteren wurde ausgeführt, der Patient leide seit 10 Jahren unter progredienten Knieschmerzen rechts, welche insbesondere bei Wetterwechsel exazerbierten, sodass das Gehen kaum noch möglich sei. Die Beschwerden würden aktuell als diffus und permanent empfunden. Die Gehstrecke liege bei ca. 30 Minuten stockfrei. Im Weiteren bestünden deutliche Schmerzen beim Treppensteigen sowie Nachtschmerzen. Ein Instabilitätsgefühl werde verneint. Der Patient sei vom Hausarzt zugewiesen worden mit der Bitte um eine therapeutische Kniegelenksinfiltration rechts bei oben genannter Diagnose. Der Patient sei diesem Vorgehen gegenüber sehr kritisch, da er eine weitere Progression der schon beginnenden medial betonten Gonarthrose rechts befürchte. Es werde mit ihm zunächst vereinbart, dass E.____ weitere Befunde (Orthoradiogramm, Vorröntgenbilder, Vorbefunde) zukommen liessen. Anschliessend erfolge eine klinische Verlaufskontrolle mit Befundbesprechung und weiterer Therapieplanung (IV-Nr. 47.1 S. 25 f.).

6.3 Der Hausarzt Dr. med. J.____ hielt in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 8. November 2013 fest, wegen zunehmender Kniebeschwerden rechts sei der Patient behindert im Rahmen einer IV-Arbeitsabklärung vom Mai bis November 2013. Wegen der Kniebeschwerden sei er seinem Wunsch entsprechend an die E.____ überwiesen worden,

welche eine valgierende Beinachsenkorrektur vorgeschlagen habe, dann aber nach dem Röntgenstatus davon abgesehen habe. Längerfristig sei die Implantation einer Kniegelenkprothese unumgänglich. Um die Arbeitsabklärung und physiotherapeutische Massnahme zu beschleunigen, sei eine intraartikuläre Steroidinjektion empfohlen worden. Dafür sei der Patient an die orthopädische Klinik des D.____ überwiesen worden. Die Steroidinfiltration habe nur wenige Tage geholfen. Wegen eines gleichzeitig rezidivierenden Lumbovertebralsyndroms bei Muskelhartspann paravertebral und Druckdolenz der Dornfortsätze sei der Patient im Juni 2013 zur Physiotherapie überwiesen worden, welche seither durchgeführt werde. Der Patient glaube, dass die Rückenschmerzen ihre Ursache in den Kniebeschwerden rechts hätten. Der Physiotherapeut und er, Dr. med. J.____, sähen dabei keinen Zusammenhang. Bezüglich der Kniebeschwerden rechts sei die Prognose getrübt, da jene praktisch behandlungsresistent seien. Im Heilungsverlauf würden keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Der Behandlungsabschluss habe am 14. Oktober 2013 stattgefunden (IV-Nr. 47.1 S. 16 f.).

Gegenüber dem RAV Plus, [...], erklärte Dr. med. J.____ am 20. November 2013, wegen der Rücken-, Knie- und Schulterbeschwerden sei der Patient vom 12. Juni bis 1. September 2013 zu 50 % und vom 2. bis 3. September 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen; seit dem 4. September 2013 sei er wieder zu 50 % arbeitsunfähig. Der Patient könne teils sitzende, stehende und gehende Tätigkeiten halbtags ohne Treppen- und Leitersteigen, ohne Bücken mit Drehbewegungen und mit Lasten bis 5 kg ausüben (Beschwerdebeilage [BB] 4).

6.4 Dr. med. Q.____, Rheumatologie FMH, hielt in seinem Arztbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «1. Medial betonte Gonarthrose, Kniegelenk rechts mit/bei Status nach offener vorderer Kreuzbandplastik sowie arthroskopischer Meniskusnaht 1996 bei vorderer Kreuzbandruptur, aktuell Reruptur VKB, konventionell, radiologisch Chondrokalzinose; 2. Anamnestisch, chronisch rezidivierende Schulterschmerzen links mit/bei Status nach 2-maliger arthroskopischer und offener Rotatorenmanschettenrekonstruktion der Schulter links, 20.11.2012 bei chronischem low-grade Infekt (Propioni-Akne) nach Supraspinatus- und Subscapularisnaht SLAP-Refixation, Tendoneuse der Langbizepssehne sowie Akromioplastik linke Schulter am 15.11.2011; 3. Chronisches Lumbospondylogensyndrom bei Fehllhaltung mit Lordosierung und degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) mit Facettengelenksarthrosen L4 bis S1 (MR der Lendenwirbelsäule vom 09.04.2014)». Im Weiteren attestierte der Rheumatologe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Autolackierer bzw. technischer Allrounder seit Juli 2012. Der Gesundheitszustand verschlechterte sich. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt. Der Patient sei am 17. Dezember 2013 wegen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die unteren Extremitäten in die Sprechstunde gekommen. Die Schmerzen bestünden seit

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.). 3.

E. 3

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % zuzusprechen.

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). 4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die

verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

5. Im Zeitpunkt des Rentenbeginns am 1. Februar 2013 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

5.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J.____, Facharzt FMH Allgemeinmedizin, hielt in seinem Bericht vom 15. September 2011 folgende Diagnose fest: «Partialruptur von Supraspinatussehne und Subscapularissehne der linken Schulter vom 1.8.2011». Im Weiteren führte er aus, der Patient sei beim Spiel mit einem Kind nach hinten gestürzt, habe sich mit dem linken Arm abgestützt und dabei sofortige Schmerzen in der linken Schulter gespürt. Als Lagerarbeiter sei er arbeitsunfähig. Es seien unverändert Schmerzen nachts, bei starker Armabduktion und -adduktion vorhanden. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 2. August 2011 (IV-Nr. 11.6).

5.2 Aus dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik (Dr. med. K.____, Leitender Arzt), vom 26. September 2011 geht die Diagnose «Partialruptur Supraspinatus- und Subscapularissehne linke Schulter nach Hyperextensionstrauma 01.08.2011» hervor. Im Rahmen der Anamnese wurde ausgeführt, trotz Analgetika und physiotherapeutischen Bemühungen verblieben schmerzhafte Bewegungen, vor allem in der Elevation sowie eine Einschränkung in der horizontalen Abduktion und in der Retroversion. Es bestünden auch deutliche Schmerzen bei der aktiven Elevation des Armes. Zur Beurteilung wurde angegeben, nach Demonstration der nahezu transmuralen Läsionen von Subscapularis- und Supraspinatussehne sei in Anbetracht des Patientenalters und der nicht zu erwartenden vollständigen Beschwerdekompensation ein operatives Vorgehen mit Sehnenrefixation zu empfehlen (IV-Nr. 12.2 S. 140).

5.3 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 23. Februar 2012 wurde ein «Status nach Sturz postoperativ mit Abriss der tenodesierten langen Bizepssehne, sonographisch bursaseitige Partiaalläsion Supraspinatussehne auf circa 25 % Sehnenbreite» angegeben. Es wurde ausgeführt, das nun 3 Monate postoperativ erreichte Ausmass von Kraft und Beweglichkeit sei als regelrecht und erfreulich zu beurteilen. Die anhaltenden Schmerzen seien lästig und verunsicherten den Patienten, insbesondere im Zusammenhang mit dem beschriebenen Sturzereignis früh postoperativ. Nach Diskussion der Optionen werde nun ein Arthro-MRI geplant, welches jedoch nur im Falle von deutlichsten Sehenschäden eine operative Konsequenz haben würde (IV-Nr. 12.2 S. 107 f.).

5.4 Am 2. März 2012 wurde ein Arthro-MRI der linken Schulter vorgenommen. Laut dem Bericht der C.____ (Dossier-Triage zur Beurteilung der Indikation für eine arbeitsorientierte Rehabilitation; Dr. med. L.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH) vom 12. März 2012 hat sich der Zustand gemäss den verfügbaren Informationen mit der Therapie wesentlich verbessert. Das Arthro-MRI zeige den Abriss der tenodesierten Bizepssehne

infolge Sturzes vom Stuhl Ende November 2011 bei der Entfernung der Fäden. Die Beweglichkeit der linken Schulter sei nun kaum mehr eingeschränkt und der Patient klage nur noch über sehr wenige Beschwerden. Die derzeit laufende, ambulante Physiotherapie sollte aber auf jeden Fall fortgeführt werden. Soweit aus der Aktenlage beurteilbar, seien aktuell keine weiteren diagnostischen Abklärungen erforderlich. Eine Rehabilitation werde aktuell nicht empfohlen. Aus orthopädischer Sicht sei eine Arbeitsaufnahme in 4 bis 6 Wochen abzusehen. Sollten die Voraussetzungen für eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit als technischer Allrounder entgegen den bisherigen Erwartungen doch noch nicht gegeben sein, dürfte als nächster Schritt eine trainingsorientierte Rehabilitation kaum mehr zu umgehen sein (IV-Nr. 12.2 S. 105 f.).

5.5 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 13. April 2012 wurde angegeben, das Kraft- und Bewegungsausmass habe sich recht gut entwickelt, problematisch blieben die beklagten Schmerzen. Diese würden durch das Liegen auf der linken Seite provoziert, der Patient erkläre jedoch, dass auch Kraftübungen in der Physiotherapie gut und schmerzfrei durchführbar seien. Die Ursache der beklagten Beschwerden sei nicht eindeutig benennbar. In Betracht kämen unspezifische Restentzündungsbeschwerden oder auch ein Low grade Infekt (IV-Nr. 12.2 S. 94 f.).

5.6 Dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 10. Mai 2012 kann entnommen werden, der Patient beklage in unverändertem Mass belastungseinschränkende Schmerzen der linken Schulter, die bei klinisch funktionell guten Befunden nicht eindeutig erklärbar seien. Dem Patienten sei erklärt worden, dass nach den Monaten der Krankschreibung eine freie Arbeitsvermittlung nicht nur auf dem Bau gesetzlich möglich sei und somit nicht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert werden könne. Einen Arbeitseinstieg zu 50 % zu attestieren wäre nach der Aussage des Patienten unrealistisch, da er sich nun eigenständig um eine erneute Anstellung (100 %) bewerben müsse und werde. Es sei nun eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab 31. Mai 2012 attestiert worden (IV-Nr. 12.2 S. 88 f.).

5.7 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 12. Juni 2012 wurde ausgeführt, der Patient wünsche weiterhin keinen Versuch einer Cortison-Infiltration zur Schmerzreduktion. Die Physiotherapie werde nun abgeschlossen und es werde keine erneute Kontrolle bei jedoch noch beklagten Restschmerzen vereinbart (IV-Nr. 12.2 S. 82 f.).

5.8 Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 18. Juli 2012 hielt Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie FMH, fest, der Patient gebe an, dass er immer noch starke Schmerzen in der linken Schulter habe. Er könne nicht auf der linken Schulter liegend schlafen, da er dabei wegen der Schmerzen aufwache. Er präzisiere aus seinem Krankheitsverlauf, dass er acht Tage nach der Operation anlässlich der Fadenentfernung beim Hausarzt zu Boden gestützt sei, da der Hausarzt den Stuhl weggezogen habe, damit der Patient nicht über diesen stolpere. Seit diesem Ereignis sei es nach anfänglichem Wohlbefinden nach der Operation viel schlechter gegangen. Aktuell sei er zu 50 % arbeitsfähig geschrieben, er könne jedoch in diesem Zustand keine schweren Arbeiten ausführen. Eigentlich widerstrebe ihm eine Kortisoninjektion in die Schulter, er sei jedoch gerne bereit, wieder in die Behandlung von Dr. med. K.____ zu gehen, damit er weitere Therapieoptionen mit ihm besprechen könne. Einer allfälligen Rehabilitation in [...] gegenüber wäre er sehr positiv eingestellt. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Restbeschwerden und Kraftminderung in der linken Schulter bei Status nach Supraspinatus- und Subscapularissehnennaht sowie SLAP-Refixation, Status nach Tenodese der langen Bizepssehne, Acromioplastik am 15.11.2011 an der linken Schulter, Status nach postoperativem Sturz mit Abriss der tenodesierten langen Bizepssehne und Entwicklung einer umschriebenen nicht ganz transmural reichenden Läsion der

Supraspinatussehne ca. 8 Tage postoperativ». Es bestünden hier noch Unfallfolgen. Der aktuelle Zustand sei für einen körperlich schwer arbeitenden Mann noch nicht genügend. Es werde vorgeschlagen, die von der C.____ vorgeschlagene Rehabilitation zu veranlassen, um zu einem besseren kraftmässigen Resultat in der linken Schulter zu kommen. Ab 1. Juni 2012 werde die Arbeitsfähigkeit auf 0 % festgesetzt. Es sei eine Neubeurteilung nach der Rehabilitation vorzunehmen, dann seien allfällige weitere Massnahmen zu veranlassen (IV-Nr. 12.2 S. 67 ff.). 5.9 Vom 9. August bis 13. September 2012 hielt sich der Beschwerdeführer zur Rehabilitation in der C.____ auf. Dem Austrittsbericht vom 11. September 2012 können folgende Probleme beim Austritt entnommen werden: «1. Stechende bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen des linken Oberarms und der linken Schulter; 2. Knacken/Springen des Biceps brachii am linken Oberarm bei unvorsichtigen Bewegungen, bei Arbeiten über Kopf und schnellen Flexionsbewegungen im Ellenbogengelenk; 3. Heben von Lasten nur mit gestrecktem Arm als langem Hebel möglich; 4. Erhebliche Schmerzen und Instabilitätsgefühl im rechten Knie beim Gehen und beim Tragen von Lasten». Zur «Arbeitsfähigkeit/Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive» wurde ausgeführt, die Zumutbarkeitsbeurteilung erfolge aus unfallkausaler Sicht. Die Zumutbarkeit für die berufliche Tätigkeit als technischer Allrounder sei nicht gegeben. Die Anforderungen seien zu hoch: häufige Überkopfarbeiten, hantieren von bis zu sehr schweren Lasten, ausschliesslich gehend und stehend. Zur Zumutbarkeit anderer beruflicher Tätigkeiten wurde festgehalten, dass sich der Patient momentan noch in der medizinischen Phase befinde, da noch immer Abklärungen durch den behandelnden Arzt erfolgten, ob eventuell weitere operative Eingriffe sowohl hinsichtlich der Schulter, aber auch des rechten Knies, vorzunehmen seien. Die untenstehende Zumutbarkeit beziehe sich auf den Fall, dass keine weiteren Interventionen durch den behandelnden Orthopäden festzulegen seien. In körperlicher Hinsicht sei leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar. Tätigkeiten über Schulterhöhe seien zu minimieren. Es dürfe kein repetitiver Krafteinsatz des Armes notwendig sein. Bezüglich des rechten Knies seien folgende Einschränkungen festzuhalten: keine längeren Gehstrecken, nicht auf unebenem Untergrund, nicht wiederholt auf Leitern und Gerüsten, nicht kniend oder hockend sowie wechselbelastend, wobei überwiegend sitzend. Zur diagnostischen Beurteilung wurde angegeben, klinisch habe man eine eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links in Aussenrotation und Anteversion feststellen können, ein leichtes Muskeldefizit des linken Oberarmes sowie ein positiver Akromioklavikular-Test links. Sodann sei bei im Verlauf des Aufenthalts vermehrt angegebenen Kniebeschwerden und in Anbetracht der oben genannten Epikrise eine MR-tomographische Verlaufsbildgebung des rechten Knies veranlasst worden. Diese zeige eine fortgeschrittene Früh-Gonarthrose bei rupturierter älterer VKB-Plastik, einen fragmentierten Aussenmeniskus und grossflächig fehlende Knorpelareale im medialen femoro-tibialen Gelenk-Kompartiment sowie eine ältere Partialruptur des medialen Kollateralbandes mit ossärem Ausriss. Zur orthopädischen Beurteilung sei für den Patienten vor Austritt noch ein Termin in der Kniesprechstunde der E.____ organisiert worden. Insgesamt betrachtet seien die geschilderten Beschwerden anhand der klinischen Befunde und aufgrund der bisherigen bildgebenden Diagnostik bei diesem leistungsbereiten und sich konsistent verhaltenden Patienten weitestgehend erklärbar. Der Patient habe sich während seines Rehabilitationsaufenthaltes bezüglich des physiotherapeutischen Trainings- und Therapieprogrammes als äusserst motivierter und leistungsbereiter Patient erwiesen. Mit Hilfe eines intensiven physiotherapeutischen Rehabilitationsprogrammes habe im Verlauf

des Aufenthaltes eine Steigerung der allgemeinen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit erzielt werden können. In der rechten Schulter habe der Patient eine leichte Verbesserung der Belastbarkeit und der Bewegungsumfänge erreicht, er sei jedoch nach wie vor durch die initiale Problematik limitiert. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit habe beim Training auf einem medizinisch angepassten hohen Niveau leicht gesteigert werden können. Bezüglich der Beweglichkeit der Schulter habe insgesamt eine gewisse Verbesserung erreicht werden können. Der Patient verfüge über eine in der Schweiz abgeschlossene Berufsausbildung als Autolackierer. Zuletzt sei er als technischer Allrounder tätig gewesen und sei hierbei einer sehr schweren, vorwiegend gehenden und stehenden Arbeit nachgegangen. Aufgrund der notwendigen weiteren medizinischen Massnahmen seien prognostisch Aussagen aus medizinischer und physiotherapeutischer Sicht zum jetzigen Zeitpunkt nicht abschliessend möglich. Die bisherige Tätigkeit werde dem Patienten nicht mehr zumutbar sein (IV-Nr. 12.2 S. 31 ff.).

5.10 Laut dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 16. Oktober 2012 wurde aufgrund der persistierenden Beschwerden des Patienten sowie der im MRT nachgewiesenen kleinen Supraspinatusläsion sowie der weiteren persistierenden Beschwerden im Bereich des Sulcus bicipitalis eine Operation für indiziert angesehen (IV-Nr. 12.2 S. 23 f.).

5.11 Am 20. November 2012 wurde der Beschwerdeführer im D.____, Orthopädische Klinik, operiert (Schulterarthroskopie mit Bursektomie, Narbenlyse, und Kapsulotomie links; IV-Nr. 12.2 S. 10 f.).

5.12 Laut dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 29. November 2012 wurde der Patient früher als geplant in die Sprechstunde bestellt, da in zwei von drei intraartikulären bzw. subakromialen Gewebeproben Propioni acnes nachgewiesen worden seien. Somit sei von einem Low-grade-Infekt auszugehen. Zusammen mit dem Infektologen plane man eine voraussichtliche vierwöchige Antibiose, beginnend mit täglichen und ambulant möglichen Infusionen für 14 Tage (IV-Nr. 12.2 S. 8 f.).

5.13 Gemäss dem Bericht der E.____ (Dr. med. N.____, Oberarzt), [...], vom 28. November 2012 wurden folgenden Diagnosen gestellt: «Medialbetonte Gonarthrose rechts bei VKB-Reruptur und Status nach arthroskopischer Meniskusnaht und offener VKB-Plastik 1996, persistierende Schulterschmerzen bei Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion». Zur Anamnese wurde angegeben, der Patient leide seit längerem an belastungsabhängigen rechtsseitigen Knieschmerzen. Während die Knieschmerzen in letzter Zeit an Intensität zugenommen hätten, habe das Instabilitätsgefühl über die letzten Jahre kontinuierlich abgenommen. Es bestehe ein relativ flüssiger Barfussgang; ein Gelenkerguss sei nicht vorhanden. Die Kniebeweglichkeit sei praktisch frei und beweglich zur Gegenseite. Es bestehe ein positiver Lachmann, ansonsten ein stabiler Bandapparat. Das Knie-MRI vom 4. September 2012 zeige ausgeprägte Knorpelschäden, insbesondere die posterioren Anteile des medialen Femurkondylus sowie betreffend des medialen Tibiaplateaus. Lateral zeige sich zwar ebenfalls eine Osteophytenbildung bei jedoch weitgehend regelrechten Knorpelverhältnissen und einem intakten Aussenmeniskus. Es bestehe eine rupturierte VKB-Plastik. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, es handle sich um einen jungen Patienten mit beginnender medial betonter Gonarthrose bei Status nach rupturierter VKB-Plastik. Chirurgisch bestehe bei diesem jungen Patienten die Möglichkeit einer valgusierenden Tibiakopfosteotomie. Hierfür müsse der Patient jedoch Stock entlasten, was aktuell aufgrund der Schulterproblematik nicht möglich wäre. Es werde deshalb empfohlen, vorerst die Schulterproblematik abzuschliessen. Danach werde sich der Patient erneut melden und werde sich mittels Röntgen-Kniestatus und Orthoradiogramm zur allfälligen Evaluation einer Umstellungsosteotomie melden

(IV-Nr. 47.1 S. 80 f.). 5.14 Nach dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 19. Februar 2013 bestehen keine Zeichen eines persistierenden Infektes. Die Antibiose werde Ende des Monats beendet. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab dem 15. Februar 2013. Die Physiotherapiebehandlung wünsche der Patient bis Ende Februar 2013 fortzuführen (IV-Nr. 46.2 S. 83 f.). 5.15 Im Bericht der E.____ vom 6. März 2013 wurde festgehalten, bei der letzten Konsultation sei dem Patienten die Möglichkeit einer valgusierenden Beinachsenkorrektur aufgezeigt worden. Nach dem Komplettieren des Röntgenstatus sei die Indikation für diesen Eingriff fraglich, da bereits osteophytäre Anbauten am lateralen Tibiaplateau und lateralen Kondylus bestünden sowie bei konventionell radiologisch ersichtlicher Chondrocalcinose des lateralen Kompartimentes. Es sei deshalb fraglich, ob der Patient von diesem Eingriff profitieren werde. Es sei klar, dass die Situation bei diesem jungen Patienten schwierig sei. Wahrscheinlich bleibe mittel- bis langfristig nur die Implantation einer Kniegelenktotalprothese. Hierfür sei der Leidensdruck jedoch nicht entsprechend hoch. Zudem werde dieser Eingriff den Ansprüchen des Patienten wohl nicht gerecht, weswegen zuzuwarten sei. Es bleibe nur, die Alltagsaktivitäten anzupassen und die konservativen Massnahmen auszuschöpfen mit gegebenenfalls Kniegelenksinfiltrationen bei Schmerzexazerbation. Der Patient sei nicht für eine kniegelenksbelastende Tätigkeit qualifiziert, daher sollten Belastungen des Knies vermieden werden. Schweres Heben sei zu vermeiden. Optimal wäre eine angepasste Tätigkeit mit wechselbelastenden, stehenden/sitzenden Arbeiten. Die Behandlung werde vorerst abgeschlossen (IV-Nr. 47.1 S. 65 f.). 5.16 Gemäss dem Bericht des D.____, Medizinische Klinik (Dr. med. O.____, Leitender Arzt Infektiologie), vom 4. April 2013 habe sich die Situation vier Wochen nach dem Stopp der antibiotischen Therapie nicht verändert. Der Patient klagte zwar immer wieder über Schmerzen im Bereich der Schulter, diese sei allerdings klinisch reizlos bis auf eine leichte Druckdolenz im Bereich des Akromioklavikulargelenkes. Dies sei während der antibiotischen Therapie auch schon vorhanden gewesen und habe sich seither nicht verändert. Die Entzündungswerte seien komplett unauffällig. Von daher sei davon auszugehen, dass der Infekt eradiziert (Keim vollständig eliminiert) sei. Mit dem Patienten sei vereinbart worden, die Krankengeschichte abzuschliessen (IV-Nr. 46.2 S. 62 f.). 5.17 Im Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 17. April 2013 wurde ausgeführt, der Patient wirke aktuell recht aufgestellt und beschreibe die Situation von Seiten der Schulter als sehr erfreulich. Es bestehe eine gute, nahezu volle Einsatzfähigkeit, er habe lediglich leichtere Schmerzen beim langen Liegen auf der linken Seite. Hauptproblem seien nun belastungsabhängige Knieschmerzen rechts. Eine in der E.____ angedachte Umstellungsosteotomie sei aufgrund der lateralen Degeneration nicht mehr empfehlenswert. Bei der klinischen Untersuchung der linken Schulter zeige sich ein reizloses Gelenk mit voller Kraft und vollem Bewegungsumfang auf jeder Ebene. Das AC-Gelenk sei auf Druck indolent, bei forcierter horizontaler Abduktion bestehe ein leichter Schmerz über dem AC-Gelenk. Es bestehe eine schmerzfreie maximale Abduktion und Flexion. Es seien keine Instabilitätszeichen vorhanden. Nach längerem und kompliziertem Rehabilitationsverlauf bestehe nun ein gutes Resultat seitens der linken Schulter, weshalb man den Fall abschliesse (IV-Nr. 46.2 S. 72 f.). 6. Im Zeitpunkt der Anspruchsänderung (1. Mai 2013) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt: 6.1 Dr. med. P.____, Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, hielt in der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 1. Mai 2013 folgende Diagnose fest: «Restbeschwerden Schulter links bei: St.n. Low-grade-Infekt (Propioni acnes) 20.11.2012, St.n. Schulterarthroskopie mit Bursektomie, Narbenlösung

und Kapsulotomie links am 20.11.2012, St.n. Supraspinatus- und Subscapularissehnennaht, SLAP-Refixation, Tenodese der langen Bicepssehne sowie Acromioplastik Schulter links am 15.11.2011». Die Nebendiagnose lautete: «Medial betonte Gonarthrose Knie rechts bei: St.n. offener vorderer Kreuzbandplastik sowie arthroskopische Meniscusnaht 1996 bei vorderer Kreuzbandruptur und Reruptur des VKB». Im Weiteren wurde angegeben, es bestehe eine leicht eingeschränkte Schulterfunktion für Überkopftätigkeiten mit Druckdolenz über dem AC-Gelenk und leichter scapulothoracaler Dyskinesie. Momentan seien aus orthopädisch chirurgischer Sicht keine weiteren Massnahmen mehr geplant. Auch die physiotherapeutischen Behandlungen seien beendet worden. Bei Bedarf nehme der Patient noch Dafalgan ein. Sollten im Schulterbereich erneut Beschwerden auftreten, werde sich der Patient bei behandelnden Orthopäden direkt vorstellen. Ausgehend von der ursprünglich gelernten Tätigkeit bestehe durchaus eine relevante Einschränkung im Alltag. Überkopftätigkeiten und Tätigkeiten mit repetitiven Charakter über Schulterhöhe mit schweren und mittelschweren Gewichten sollten langfristig vermieden werden. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselbelastendem Charakter unterhalb Schulterniveau seien ohne Einschränkung zumutbar. Von Seiten des Knies bestehe eine Einschränkung in dem Sinne, dass kniende Tätigkeiten oder repetitives Treppen- oder Leitersteigen vermieden werden sollte. Hierbei handle es sich um eine Abschlussuntersuchung. Die gesamte Situation sei gemeinsam mit dem Patienten und der zuständigen Sachbearbeiterin besprochen worden. Es bestünden momentan keine weiteren Fragen. Der Patient sei mit diesem Vorgehen einverstanden (Bericht vom 6. Mai 2013; IV-Nr. 46.2 S. 52 ff.). 6.2 Aus dem Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 12. September 2013 geht folgende Diagnose hervor: «Medial betonte Gonarthrose rechts mit/bei St.n. offener VKB-Plastik sowie arthroskopischer Meniscusnaht 1996 (in Aarau) bei vorderer Kreuzbandruptur, St.n. Schraubenentfernung im Verlauf, Anamnestisch VKB-Re-Ruptur im Verlauf». Die Nebendiagnosen lauteten wie folgt: «Status nach Schulterarthroskopie, Rotatorenmanschettenrekonstruktion 11/2011, Status nach Verletzung Fuss links 31.07.2003 mit Durchtrennung der Extensor hallucis longus-Sehne, Extensor digitorum longus-Sehne, Arteria dorsalis pedis sowie Nervus fibularis superficialis, Status nach Nervenadaptation, Wundversorgung sowie Sehnennaht am 31.07.2009, Status nach Narbenkorrektur 23.12.2009». Im Weiteren wurde ausgeführt, der Patient leide seit 10 Jahren unter progredienten Knieschmerzen rechts, welche insbesondere bei Wetterwechsel exazerbierten, sodass das Gehen kaum noch möglich sei. Die Beschwerden würden aktuell als diffus und permanent empfunden. Die Gehstrecke liege bei ca. 30 Minuten stockfrei. Im Weiteren bestünden deutliche Schmerzen beim Treppensteigen sowie Nachtschmerzen. Ein Instabilitätsgefühl werde verneint. Der Patient sei vom Hausarzt zugewiesen worden mit der Bitte um eine therapeutische Kniegelenksinfiltration rechts bei oben genannter Diagnose. Der Patient sei diesem Vorgehen gegenüber sehr kritisch, da er eine weitere Progression der schon beginnenden medial betonten Gonarthrose rechts befürchte. Es werde mit ihm zunächst vereinbart, dass E.____ weitere Befunde (Orthoradiogramm, Vorröntgenbilder, Vorbefunde) zukommen liessen. Anschliessend erfolge eine klinische Verlaufskontrolle mit Befundbesprechung und weiterer Therapieplanung (IV-Nr. 47.1 S. 25 f.). 6.3 Der Hausarzt Dr. med. J.____ hielt in seinem ärztlichen Zwischenbericht vom 8. November 2013 fest, wegen zunehmender Kniebeschwerden rechts sei der Patient behindert im Rahmen einer IV-Arbeitsabklärung vom Mai bis November 2013. Wegen der Kniebeschwerden sei er seinem Wunsch entsprechend an die E.____ überwiesen worden, welche eine valgisierende

Beinachsenkorrektur vorgeschlagen habe, dann aber nach dem Röntgenstatus davon abgesehen habe. Längerfristig sei die Implantation einer Knieprothese unumgänglich. Um die Arbeitsabklärung und physiotherapeutische Massnahme zu beschleunigen, sei eine intraartikuläre Steroidinjektion empfohlen worden. Dafür sei der Patient an die orthopädische Klinik des D.____ überwiesen worden. Die Steroidinfiltration habe nur wenige Tage geholfen. Wegen eines gleichzeitig rezidivierenden Lumbovertebralsyndroms bei Muskelhartspann paravertebral und Druckdolenz der Dornfortsätze sei der Patient im Juni 2013 zur Physiotherapie überwiesen worden, welche seither durchgeführt werde. Der Patient glaube, dass die Rückenschmerzen ihre Ursache in den Kniebeschwerden rechts hätten. Der Physiotherapeut und er, Dr. med. J.____, sähen dabei keinen Zusammenhang. Bezüglich der Kniebeschwerden rechts sei die Prognose getrübt, da jene praktisch behandlungsresistent seien. Im Heilungsverlauf würden keine unfallfremden Faktoren mitspielen. Der Behandlungsabschluss habe am 14. Oktober 2013 stattgefunden (IV-Nr. 47.1 S. 16 f.). Gegenüber dem RAV Plus, [...], erklärte Dr. med. J.____ am 20. November 2013, wegen der Rücken-, Knie- und Schulterbeschwerden sei der Patient vom 12. Juni bis 1. September 2013 zu 50 % und vom 2. bis 3. September 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen; seit dem 4. September 2013 sei er wieder zu 50 % arbeitsunfähig. Der Patient könne teils sitzende, stehende und gehende Tätigkeiten halbtags ohne Treppen- und Leitersteigen, ohne Bücken mit Drehbewegungen und mit Lasten bis 5 kg ausüben (Beschwerdebeilage [BB] 4).

6.4 Dr. med. Q.____, Rheumatologie FMH, hielt in seinem Arztbericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 11. Juni 2014 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «1. Medial betonte Gonarthrose, Kniegelenk rechts mit/bei Status nach offener vorderer Kreuzbandplastik sowie arthroskopischer Meniskusnaht 1996 bei vorderer Kreuzbandruptur, aktuell Reruptur VKB, konventionell, radiologisch Chondrokalzinose; 2. Anamnestisch, chronisch rezidivierende Schulterschmerzen links mit/bei Status nach 2-maliger arthroskopischer und offener Rotatorenmanschettenrekonstruktion der Schulter links, 20.11.2012 bei chronischem low-grade Infekt (Propioni-Akne) nach Supraspinatus- und Subscapularisnaht SLAP-Refixation, Tendoneuse der Langbizepssehne sowie Akromioplastik linke Schulter am 15.11.2011; 3. Chronisches Lumbopondylogensyndrom bei Fehlhaltung mit Lordosierung und degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) mit Facettengelenksarthrosen L4 bis S1 (MR der Lendenwirbelsäule vom 09.04.2014)». Im Weiteren attestierte der Rheumatologe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Autolackierer bzw. technischer Allrounder seit Juli 2012. Der Gesundheitszustand verschlechterte sich. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei nicht angezeigt. Der Patient sei am 17. Dezember 2013 wegen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in die unteren Extremitäten in die Sprechstunde gekommen. Die Schmerzen bestünden seit

E. 4

Eventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Verpflichtung, eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen innere Medizin, orthopädische Chirurgie, Neurologie sowie Psychiatrie zu initiieren.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Am 2. Februar 2016 lässt der Beschwerdeführer dem Gericht im Nachgang zur Beschwerde den Bericht von Dr. med. G.____, Allgemeinarzt, vom 31. Januar 2016 zukommen (Urkunde

Nr. 5; Beschwerdebeilage [BB] 5; A.S. 37 f.). 2.3 In ihrer Beschwerdeantwort vom 16. Februar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 40 f.). 2.4 In seiner Replik vom 13. April 2016 lässt der Beschwerdeführer an seinen in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren und Ausführungen vollumfänglich festhalten und den Arztbericht von Dr. med. G.____ vom 28. Februar 2016 einreichen (Urkunde Nr. 6; BB 6; A.S. 48 ff.). 2.5 Mit Verfügung vom 10. Mai 2016 wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik verzichtet hat (A.S. 52). 2.6 Am 24. Mai 2016 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 53 ff.). 2.7 Mit Eingabe vom 4. Juli 2016 lässt der Beschwerdeführer noch einen Bericht der H.____, [...] (Dr. med. I.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie), vom 30. Juni 2016 einreichen (Urkunde Nr. 7; BB 7; A.S. 57 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2015 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 6

Monaten. Es handle sich um Schmerzen im lumbalen Bereich, gelegentlich mit Ausstrahlung über das Gesäss beidseits, mit Schmerzen im Stehen, Sitzen und im Bücken sowie mit Schmerzen während der Nacht. Die Schmerzen seien von Tag zu Tag unterschiedlich. Eine peridurale Kortisoninfiltration am 12. März 2014 habe eine

kurzdauernde Besserung gebracht. Eine Physiotherapie sei von Dezember 2013 bis Mai 2014 durchgeführt worden. Bei der rheumatologischen Kontrolle vom 2. Juni 2014 habe der Patient nach wie vor über belastungsabhängige lumbale Schmerzen sowie über Knieschmerzen mit Einschränkung der Gehstrecke von ca. 30 Minuten geklagt.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, wegen Knieschmerzen bei Gonarthrose und Schulterschmerzen bei Status nach Rotatorenmanschettenläsion und Status nach Infektion der Schulter nach Schulterarthroskopie sowie wegen chronischer lumbaler Schmerzen bei degenerativen Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (LWS) seien die bisherige Tätigkeit als Autolackierer sowie diejenige als technischer Allrounder nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien dem Patienten jedoch zuzumuten. Der Patient wäre für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit wechselbaren Positionen ohne langes Stehen, Gehen, ohne Treppen steigen, ohne Überkopfarbeit, ohne Lasten tragen über 10 kg und ohne repetitive Arbeit in bückender Position ohne Einschränkung arbeitsfähig. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 48 S. 2 ff.).

6.5 In der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung durch Dr. med. P.____ vom 23. Juni 2014 gab der Beschwerdeführer an, von Seiten des rechten Knies gehe es ihm nach wie vor nicht gut. Die Infiltration habe lediglich ein bis zwei Tage zur Regredienz der Knieschmerzen geführt. Es bestünden nach wie vor belastungsabhängige Knieschmerzen. Langes Gehen während mehr als einer Stunde sei nicht möglich. Auch langes Sitzen während mehr als einer halben Stunde sei kaum möglich. Von Seiten der Schulter links sei der Beschwerdeführer vor allem aufgrund der Kraftminderung eingeschränkt. Tätigkeiten über Kopfhöhe seien nur sehr kurz möglich und nach längerer Zeit verbunden mit einer deutlichen Kraftminderung. Aufgrund zusätzlicher Rückenbeschwerden sei zwischenzeitlich auf eigene Initiative eine erweiterte Abklärung bei Dr. med. R.____, D.____, veranlasst worden. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, aktuell seien keine weiteren Behandlungen im Bereich des Knies oder der Schulter vorgesehen. Es bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung einer erheblichen Einschränkung der Zumutbarkeit betreffend des rechten Knies (schwere körperliche Tätigkeiten seien zu vermeiden, Tätigkeiten mit repetitivem Leiter- und Treppensteigen seien zu vermeiden, langes Sitzen sei zu vermeiden, ebenso das Gehen auf unebenen Böden, vorzugsweise sei eine wechselbelastende leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit auszuüben) und von Seiten der linken Schulter (schwere körperliche Tätigkeiten, insbesondere auch Arbeiten mit repetitivem Charakter über Schulterhöhe sollten vermieden werden [Bericht vom 24. Juni 2014; IV-Nr. 49 S. 2 ff.]).

6.6 Aus dem Bericht des D.____, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, vom 11. Juli 2014 geht folgende Diagnose hervor: «Unklare Rückenschmerzen bei nur leichten degenerativen Veränderungen der LWS». Im Rahmen der Befunderhebung wurde angegeben, die Untersuchung zeige heute ein recht ordentliches Bewegungsmuster, der Fingerbodenabstand betrage 0 cm, wobei jedoch hierbei leichte Schmerzen im lumbalen Bereich vorliegen würden. Die Schmerzen würden tieflumbal und lumbosakral angegeben. Eine Ausstrahlung lasse sich aktuell nicht nachweisen. Bei der Aufrichtung bestünden keine Schmerzen. Es seien keine Instabilitätszeichen vorhanden. Die differenzierten Gang- und Standarten seien problemlos vorführbar, die periphere Sensomotorik sei beidseits seitengleich intakt. Die vorliegenden Röntgenaufnahmen zeigten einen Sacrum acutum mit einer diskreten Spondylarthrose der Facettengelenke rechtsbetont, eine kleine Bogenschlussstörung des sakralen Dornfortsatzes liege ebenfalls vor. Im MRT zeige sich

ein erstaunlich guter Bandscheibenstatus, hier bestünden eigentlich keine relevanten Degenerationen. Die beschriebenen Spondylarthrosen im lumbalen Bereich bzw. lumbosakral seien rechtsbetont und eigentlich insgesamt mässiger Ausprägung. Es seien leichte Spondylosen bzw. Spondylophytosen im Bereich L2/3, L3/4 und auch diskret L4/5 festzustellen. Insgesamt sei der Rücken jedoch als sehr unauffällig zu bezeichnen. Die leichten degenerativen Veränderungen seien altersentsprechend. Es seien keine wirbelsäulenchirurgischen Indikationen zu sehen, ebenfalls keine Indikation zu einer weiterführenden Diagnostik. Die Behandlung sei abzuschliessen (IV-Nr. 51).

6.7 RAD-Arzt Dr. med. S.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 fest, die Kreisärztin und Dr. med. Q.____ kämen zu einer übereinstimmenden klinischen Beurteilung des Beschwerdeführers und der daraus resultierenden Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit von 0 % als Autolackierer und Allrounder gelte ab dem Unfall vom 1. August 2011 (Bericht von Dr. med. J.____ vom 15. September 2011). Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit unter Berücksichtigung der von Dr. med. Q.____ formulierten Zumutbarkeit gelte ab 1. Mai 2013 (kreisärztliche Untersuchung). Demnach bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als technischer Allrounder von 0 % ab dem 1. August 2011 und eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 100 %, d.h. ganztags und ohne Leistungseinschränkung, ab dem 1. Mai 2013. Das Rückenleiden sei als unfallfremd zu betrachten; sein Anteil am Gesamtleiden betrage ca. 30 % (IV-Nr. 56).

6.8 Dem Bericht des D.____, Chirurgische Klinik, vom 26. Januar 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: «St.n. Fahrradunfall vom 12. September 2014 mit mehrfragmentärer Claviculafraktur rechts und Calcaneusfraktur links; schwere Gonarthrose rechts, posttraumatisch; chronische Rückenschmerzen; chronische Schulterschmerzen rechts». Im Weiteren wurde ausgeführt, die Claviculafraktur sei mittlerweile abgeheilt, ebenso die Calcaneusfraktur links. Aufgrund persistierender chronischer Schulterschmerzen rechts sei eine MRI-Untersuchung am 16. Januar 2015 erfolgt, wo ausser einer Acromioclaviculargelenkarthrose keine gravierenden Läsionen gefunden worden seien. Die Behandlung aufgrund des Fahrradsturzes sei abgeschlossen (IV-Nr. 60).

6.9 Aus dem Bericht der E.____, Orthopädie, vom 27. Juli 2015 gehen folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor: «Medialbetonte Gonarthrose Kniegelenk rechts bei St.n. offener vorderer Kreuzbandplastik sowie arthroskopischer Meniskusnaht 1996 bei vorderer Kreuzbandruptur, aktuell Re-Ruptur VKB, konventionell radiologisch Chondrocalcinose». Diese Diagnose sei seit dem 6. November 2012 bekannt. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht bekannt. Der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtere sich seither. Der Patient berichte über intermittierende Knieschmerzen rechtsseitig. Vor allem würden ihn aber Rückenschmerzen plagen. Die Kollegen des Wirbelsäulen-Teams hätten aber keine einschränkende Pathologie seitens der LWS feststellen können. Der Patient sei seit drei Jahren arbeitsunfähig als Lackierer. Er betreibe keine sportlichen Aktivitäten. Es bestehe ein Gangbild mit Schonhinken rechtsseitig. Zehenspitzen- und Fersenstand seien demonstrierbar. Unter dem Titel «Therapeutische Massnahmen/Prognose» wurde ausgeführt, beim Patienten bestehe klinisch sowie konventionell radiologisch eine Pangonarthrose. Operativ käme nur die Implantation einer Knietotalprothese in Betracht. Hierfür sei der Patient jedoch noch zu jung bzw. der Leidensdruck noch nicht entsprechend hoch. Ausserdem würde dieser Eingriff den Ansprüchen des Patienten wohl nicht gerecht werden. Initial sollten unbedingt

die konservativen Therapiemassnahmen ausgeschöpft werden mit Kniegelenksinfiltration, Anpassung der Schmerzmedikation sowie Ausschöpfung der physikalischen Therapie. Dies sollte gegebenenfalls im Rahmen einer stationären Rehabilitation geschehen.

Im Weiteren wurde ausgeführt, die gesundheitliche Störung wirke sich auf die bisherige Tätigkeit insofern aus, als der Patient aufgrund der Pangenarthrose rechtsseitig massiv in seiner Belastungsfähigkeit eingeschränkt sei. Hockende oder kniende Tätigkeiten seien nicht mehr möglich, auch länger stehende Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Die bisherige Tätigkeit als Lackierer sei dem Patienten nicht mehr zuzumuten. Andere Tätigkeiten seien jedoch zumutbar. Dabei müsste es sich um überwiegend sitzende Tätigkeiten handeln. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 70 S. 5 ff.).

6.10 Dr. med. G.____, Allgemeinarzt, äusserte sich in seinem Bericht vom 6. Januar 2016 dahingehend, er versuche, eine ganzheitliche Therapie aufzubauen bzw. zu entwickeln. Dazu habe er den Patienten auch der psychosomatischen Klinik am D.____ zur Beurteilung und Therapie im Rahmen eines stationären Aufenthalts zugewiesen. Eine umfassende, auch psychosomatische Dimensionen einschliessende Beurteilung, sei bisher nicht erfolgt (BB 3).

6.11 In seinem Bericht vom 31. Januar 2016 hielt Dr. med. G.____ fest, bezüglich der Befunde könne er auf die an sich bekannten Berichte der Orthopädie verweisen. Nicht erwähnt seien massive Verspannungen der ganzen Muskulatur und eine psychische Dekompensation. Bei den Diagnosen gelte es ein schweres, chronifiziertes Schmerzsyndrom ergänzend festzuhalten. Der Patient befinde sich seit dem 17. November 2015 bei ihm in Behandlung. Zurzeit sei der Patient sicher nicht arbeitsfähig. Es sei sicher anzunehmen, dass der aktuelle Zustand schon einige Zeit bestehe. Der Patient meine, dass es ihm seit Dezember 2014 so schlecht gehe. Geplant sei ein Eintritt in die psychosomatische Klinik des D.____ (BB 5).

6.12 Mit Bericht vom 28. Februar 2016 wies Dr. med. G.____ darauf hin, die Argumentation der IV sei teilweise sachfremd. Der Patient sei vom 4. bis 15. Februar 2016 in der psychosomatischen Abteilung des D.____ gewesen. Er habe die Hospitalisation abbrechen müssen, da er es nicht länger ausgehalten habe (BB 6).

6.13 Aus dem Bericht der H.____, [...] (Dr. med. I.____, Fachärztin FMH Psychiatrie und Psychotherapie), vom 30. Juni 2016 geht hervor, subjektiv beklage der Patient massive Schmerzen und Unwohlsein, welches phänomenologisch ein schwer- bis mittelgradiges depressives Zustandsbild darstelle. Im Vordergrund der aktuellen Beschwerdezeichnung würden neben allgemeiner Erschöpfung und leichter Erschöpfbarkeit Schlaflosigkeit, Nervosität, Müdigkeit, Zukunftsängste, Anspannung und Überforderungsgefühle physisch aufgrund der Schmerzen und psychisch aufgrund der subjektiv ausgeprägt erlebten kognitiven Störungen angegeben.

Im Rahmen einer zusammenfassenden Beurteilung gab die behandelnde Psychiaterin an, der Patient befinde sich seit dem 11. April 2016 bei ihr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Zuvor sei eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in den T.____ erfolgt. Diagnostisch sei das Zustandsbild als chronisch-generalisierte Schmerzkrankheit und mittelschwere bis schwere depressive Störung beschrieben worden. In den Unterlagen gebe es mehrere Hinweise auf eine depressive bzw. depressiv-somatisierende Entwicklung, ohne dass diese Störung bis

anhin adäquat psychotherapeutisch behandelt worden wäre. Die Arbeitsbiographie des Patienten sei von Anfang an in Brüchen verlaufen und - soweit beurteilbar, weil kaum dokumentiert - geprägt von kurzzeitigen Anstellungen mit abrupten Abbrüchen gewesen. Die mehrfach beschriebenen Abbrüche müssten in jedem Fall im medizinischen Kontext gesehen werden: Die Abbrüche seien durch psychische oder physische Überforderungsgefühle zustande gekommen. Entweder sei eine physische Überforderung (Schmerzwahrnehmung) oder eine psychische Überforderung (Frustrationsintoleranz, Ängste) - oder auch beide in Kombination ■ für jeweilige Abbrüche der Integrations- bzw. Arbeitsbemühungen verantwortlich gewesen. Demnach wurden «kriterienlogisch» Indizien für das Vorliegen folgender psychiatrischer Diagnosen» festgestellt: «1. Anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Ursachen ICD-10 F45.41; 2. Rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden suizidalen Phasen ICD-10 F33.2; 3. Schädlicher Gebrauch von THC ICD-10 F12». Im Weiteren wurde ausgeführt, das aktuelle Beschwerdebild des Patienten entspreche einer mittelgradigen (depressiven) psychischen Beeinträchtigung bei komorbiden psychischen Störungen. Das Beschwerdebild erscheine «klinisch phänomenologisch und kriterienlogisch mit den oben genannten Diagnosen am besten erfasst, wobei es sich hier um eine syndromale Erfassung handle».

Der Patient wirke angespannt und belastet, in der Untersuchung sei er dysphorisch-gereizt, fast misstrauisch, jedoch in der Gesprächssituation freundlich zugewandt kooperativ, wach, allseits orientiert. Psychomotorisch etwas verlangsamt, zeige er ein unauffälliges Sprechverhalten. Die Grundstimmung sei bedrückt, deutlich zum depressiven Pol verschoben. Der Gesprächsfluss werde zum Teil bei komplexeren Themen und Zusammenhängen durch eine eingeschränkte Auffassung gebremst. So würden zum Teil Fragen verdeutlicht und erläutert, bevor sie der Patient beantworten könne. Hierdurch würden die Fragen zum Teil umständlich beantwortet. Es bestehe eine deutliche Einschränkung der affektiven Modulationsfähigkeit. Im Zusammenhang mit den lebensbiografisch relevanten Fragen in Bezug auf die schwierige familiäre Situation bestehe eine kryptische, zum Teil inkohärente Schilderung der Situation mit Zunahme des Spannungszustandes.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aufgrund der innerpsychischen Verfestigung und Chronifizierung bei psychiatrischen Mehrfachdiagnosen sei ■ auch wenn es sich um syndromale Diagnosen handle ■ die Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Auch vor dem Hintergrund der anhaltenden Schmerzproblematik leide der Patient an einem mittelschweren depressiven Störungsbild mit ihm deutlich einschränkenden Stimmungsschwankungen. Die Einschränkung der Funktionalität im Alltag und vor allem der Lebensqualität sei deutlich. Medizinisch-theoretisch müsse von einer hochgradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Sie werde auf 70 bis 80 % festgesetzt. Zur Arbeitsfähigkeit in einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit sei zu erwähnen, dass aufgrund der innerpsychischen Verfestigung und Chronifizierung bei psychiatrischen Mehrfachdiagnosen ■ auch wenn es sich um syndromale Diagnosen handle ■ die Arbeitsfähigkeit ebenfalls deutlich eingeschränkt sei. Die Angaben der vorbehandelnden Ärzte würden übernommen (BB 7).

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 10. Dezember 2015 aufgrund eines Invaliditätsgrades von

100 % eine ganze befristete Invalidenrente für den Zeitraum vom 1. Februar bis 31. Juli 2013 zu und begründete dies im Wesentlichen damit, mit der Anmeldung vom 28. August 2012 seien IV-Leistungen beantragt worden. Gemäss den medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer seit seinem Unfall vom 1. August 2011 für jegliche Tätigkeiten zu 100 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Gemäss den ärztlichen Berichten sei ihm die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als technischer Allrounder nicht mehr zumutbar. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselbelastendem Charakter unterhalb des Schulterniveaus seien jedoch ohne Einschränkung zumutbar. Überkopftätigkeiten und Tätigkeiten mit repetitivem Charakter über Schulterhöhe mit schweren und mittelschweren Gewichten seien langfristig zu vermeiden. Eine solche Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer ab Mai 2013 medizinisch-theoretisch zu 100 % zugemutet werden. Eine polydisziplinäre Begutachtung sei nicht angezeigt. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer bei angepasster Therapie und Befolgung der verordneten Medikation ein volles Pensum in einer Verweistätigkeit verwerten könnte. Aus den Arztberichten sei klar ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand seit dem 1. Mai 2013 verbessert habe. Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 IVG sei gegeben (IV-Nr. 72 S. 2 ff.; A.S. 1 ff.).

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer weiterhin (über den 31. Juli 2013 hinaus) eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Verpflichtung, eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung unter Einschluss der Disziplinen «Innere Medizin», «orthopädische Chirurgie», «Neurologie» sowie «Psychiatrie» zu initiieren. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, es sei zu Unrecht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ausgegangen worden. Die Arbeitserprobung habe eine lediglich 50%ige Arbeitsfähigkeit ergeben. Auch hätten andere Ärzte eine Restarbeitsfähigkeit in leidensadaptierter Tätigkeit von lediglich 50 % attestiert. Gewisse Gebrechen seien bislang gänzlich ausgeklammert worden bzw. unangeklagt geblieben. Dies betreffe sowohl das Rückenleiden des Beschwerdeführers als auch allfällige psychische Begleiterkrankungen. Aus medizinischer Sicht stütze sich die Beschwerdegegnerin auf die Kreisarztberichte der Suva sowie auf den Arztbericht des Rheumatologen Dr. med. Q.____ vom 11. Juni 2014 ab. Bezüglich Dr. med. Q.____ sei festzustellen, dass dieser regelmässig Gutachten für die IV erstelle. Seine Ausführungen seien mit grossem Vorbehalt zu prüfen. Ausserdem könne er ausschliesslich für rheumatologische Probleme Auskunft geben. Der Beschwerdeführer habe sich zwischenzeitlich bei Dr. med. U.____ behandeln lassen. Seit November 2015 stehe er bei Dr. med. G.____ in ärztlicher Behandlung. Die Beschwerdegegnerin habe einzig einen Bericht zur Knieproblematik bei der Kniechirurgie der E.____ eingeholt. Die Rückenproblematik sei nach wie vor weder adäquat dokumentiert noch beurteilt worden. Auch bei Dr. med. U.____ sei kein Bericht eingeholt worden. Psychiatrische oder psychosomatische Abklärungen seien nicht initiiert worden. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten sei bislang einzig von den Suva-Ärzten sowie von Dr. med. Q.____ und ■ kniebezogen ■ von der E.____ attestiert worden. Die Berichte der Suva-Ärzte seien schon deshalb nicht massgebend, weil nicht sämtliche Leiden in die Beurteilung miteinbezogen worden seien. Die medizinische Aktenlage sei weiter abklärungsbedürftig. Die Beschwerdegegnerin hätte ein polydisziplinäres Gutachten initiieren müssen. Schliesslich sei zu Unrecht eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % per 1. Mai 2013 abgenommen worden. Ein Revisionsgrund liege nicht vor.

7.2 Zunächst ist zu prüfen, ob dem Beschwerdeführer zu Recht ab 1. Februar 2013 eine ganze Invalidenrente zugesprochen wurde. Gemäss den vorliegenden medizinischen Akten stürzte der Beschwerdeführer am 1. August 2011 beim Spiel mit einem Kind nach hinten, stützte sich mit dem linken Arm ab und zog sich dabei eine Partialruptur der Supraspinatus- sowie der Subscapularissehne der linken Schulter zu. In der Folge war er in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als technischer Allrounder vollumfänglich arbeitsunfähig (vgl. Schadenmeldung UVG vom 11. August 2011 [IV-Nr. 11.13 S. 1], Bericht des Hausarztes Dr. med. J.____ vom 15. September 2011 [IV-Nr. 11.6] und Bericht des D.____, Orthopädische Klinik, vom 26. September 2011 [IV-Nr. 12.2 S. 140]). Am 15. November 2011 wurde eine Schulterarthroskopie (Rotatorenmanschettennaht [Supraspinatus und Subscapularis], Labrumrefixation, Tenodese der langen Bizepssehne und Akromioplastik Schulter links) vorgenommen. Ende November 2011 stürzte der Beschwerdeführer bei der Entfernung der OP-Fäden in der Hausarzt-Praxis vom Stuhl, wobei er sich mit dem linken Arm bzw. mit der operierten Schulter auffing. Das Arthro-MRI der linken Schulter vom 2. März 2012 zeigte einen Abriss der tenodesierten Bizepssehne infolge des Sturzes vom Stuhl. Nach erfolgter Physiotherapie verbesserte sich der Gesundheitszustand jedoch wesentlich. Die Beweglichkeit der linken Schulter war kaum mehr eingeschränkt und der Patient klagte nur noch über sehr geringe Beschwerden (Bericht der C.____ vom 12. März 2012; IV-Nr. 12.2 S. 105). Vom 9. August bis 13. September 2012 hielt sich der Beschwerdeführer in der C.____ auf. In deren Bericht vom 11. September 2012 wurde zur Arbeitsfähigkeit angegeben, für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als technischer Allrounder bestehe keine Arbeitsfähigkeit (häufige Überkopfarbeiten, hantieren von bis zu sehr schweren Lasten). Eine körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeit wurde ■ unter dem Vorbehalt, dass keine weiteren Interventionen durch den behandelnden Orthopäden festgelegt würden - mit speziellen Einschränkungen (Minimieren von Tätigkeiten über Schulterhöhe, kein repetitiver Krafteinsatz des Armes) für zumutbar erklärt (IV-Nr. 12.2 S. 31 ff.). Am 20. November 2012 erfolgte im D.____ eine weitere Operation (Schulterarthroskopie mit Bursektomie, Narbenlyse und Kapsulotomie links; IV-Nr. 12.2 S. 10), wobei der Beschwerdeführer nach der Schulteroperation eine Infektion erlitt, welche antibiotisch behandelt werden konnte (IV-Nr. 46.2 S. 62 f.). Gemäss dem Bericht des D.____ vom 17. April 2013 beschrieb der Beschwerdeführer die Situation von Seiten der Schulter als sehr erfreulich. Es bestehe eine gute, nahezu volle Einsatzfähigkeit, er habe lediglich leichtere Schmerzen beim langen Liegen auf der linken Seite. In der klinischen Untersuchung der linken Schulter zeigte sich ein reizloses Gelenk mit voller Kraft und vollem Bewegungsumfang auf jeder Ebene. Nach längerem und kompliziertem Rehabilitationsverlauf konnte der Fall bezüglich der linken Schulter bei Vorliegen eines guten Resultats abgeschlossen werden (IV-Nr. 46.2 S. 72 f.).

Zur Knieproblematik ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer am 2. November 1995 einen Fahrradsturz mit Kniedistorsion rechts erlitt und sich dabei am rechten Knie verletzte (Riss des vorderen Kreuzbandes [VKB-Ruptur] und basisnaher Riss des Innenmeniskus; 11. Januar 1996: Arthroskopische Meniskusnaht und offene VKB-Ersatzplastik; Juni 1996: Rearthroskopie mit Schraubenentfernung im distalen Femur). Am 6. Oktober 1996 erlitt er einen Rückfall, als er bei einem Sprung ab einer 50 cm hohen Mauer ein Distorsionsstrauma des rechten Knies erlitt. Daraufhin erfolgte am 26. November 1996 ein weiterer Eingriff am rechten Knie (arthroskopische Korbhenkelresektion und Teilmeniskektomie am Hinterhorn des Aussenmeniskus rechts). Im Austrittsbericht der C.____ vom 11. September 2012 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer habe erhebliche Schmerzen und ein Instabilitätsgefühl

im rechten Knie beim Gehen und beim Tragen von Lasten. Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die bisherige Tätigkeit als technischer Allrounder sei nicht mehr zumutbar, da sie ausschliessend gehend und stehend auszuführen sei. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit wurde ■ ebenfalls unter dem Vorbehalt, dass keine weiteren Interventionen durch den behandelnden Orthopäden festgelegt würden ■ unter speziellen Einschränkungen (keine längeren Gehstrecken, nicht auf unebenem Untergrund, nicht wiederholt auf Leitern und Gerüsten, nicht kniend oder hockend, wechselbelastend, wobei überwiegend sitzend) als ganztags zumutbar erklärt (IV-Nr. 12.2 S. 31 ff.). Die Ärzte der E.____ beurteilten die Knieproblematik in ihrem Bericht vom 6. März 2013 dahingehend, der Patient leide an einer medialbetonten Gonarthrose im rechten Kniegelenk. Im Prinzip wäre der Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag geplant, dieser könne jedoch aufgrund der Kniebeschwerden nicht erfolgen, da der Patient seit eineinhalb Jahren nicht mehr arbeite und vorher als Lagerist tätig gewesen sei. Die aktuellen Beschwerden im Bereich des rechten Knies würden über dem medialen Gelenkspalt lokalisiert und seien vor allem bei Belastung vorhanden sowie beim Treppenabsteigen. Die Situation sei bei diesem jungen Patienten schwierig. Wahrscheinlich bleibe mittel- bis langfristig nur die Implantation einer Kniegelenkprothese. Hierfür sei der Leidensdruck jedoch noch nicht entsprechend hoch. Zudem würde dieser Eingriff den Ansprüchen des Patienten wohl nicht gerecht, weswegen zuzuwarten sei. Belastungen des Knies sollten vermieden werden. Optimal wäre eine angepasste Tätigkeit mit wechselbelastenden Arbeiten stehend/sitzend (IV-Nr. 47.1 S. 65 f.).

Angesichts der oben dargelegten medizinischen Situation setzte die Beschwerdegegnerin den Beginn der einjährigen Wartezeit korrekterweise auf den 1. August 2011 fest, hatten doch das Unfallereignis vom 1. August 2011 sowie die in der Folge durchgeführten operativen Behandlungen an der linken Schulter mit anschliessender erschwelter Rehabilitation sowie die im Jahr 2012 aufgetretene schwere Arthrose im rechten Knie infolge eines Kreuzbandrisses im Jahr 1995 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für sämtliche Tätigkeiten zur Folge. Die Suva erbrachte denn auch ab 4. August 2011 Taggelder nach Massgabe der jeweils attestierten Arbeitsunfähigkeiten von 50 bis 100 %, welche im Verlauf des Jahres 2013 durch IV-Taggelder für die Integrationsmassnahme in der F.____ abgelöst wurden (vgl. IV-Nr. 12.2 S. 148; Beschwerde, S. 3 Ziff. 2). Da sich der Beschwerdeführer erst Ende August 2012 bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet hat (vgl. IV-Nr. 1 und 2) und ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs entstehen kann, ist die Gewährung der ganzen Invalidenrente ab 1. Februar 2013 nicht zu beanstanden. Der Rentenbeginn sowie die Rentenhöhe werden denn auch von keiner Seite bestritten. Der Beschwerdeführer lässt vielmehr geltend machen, die Befristung der ganzen Invalidenrente bis 31. Juli 2013 sei zu Unrecht erfolgt. Sein Gesundheitszustand habe sich per 1. Mai 2013 nicht verbessert. Demnach liege kein Revisionsgrund vor.

7.3 Dazu ist festzuhalten, dass der Leitende Arzt der Orthopädischen Klinik des D.____, Dr. med. K.____, in seinem Bericht vom 17. April 2013 darauf hinwies, der Patient beschreibe die Situation von Seiten der Schulter als sehr erfreulich. Es bestehe eine gute, nahezu volle Einsatzfähigkeit, er habe lediglich leichtere Schmerzen beim langen Liegen auf der linken Seite. Im Rahmen der Befunderhebung wurde darauf hingewiesen, bei der klinischen Untersuchung der linken Schulter zeige sich ein reizloses Gelenk mit voller Kraft

und vollem Bewegungsumfang auf jeder Ebene. Nach längerem und kompliziertem Rehabilitationsverlauf bestehe ein gutes Resultat und der Fall könne seitens der linken Schulter abgeschlossen werden (IV-Nr. 46.2 S. 72 f.). Damit in Einklang steht der Bericht der Kreisärztin Dr. med. P.____ vom 6. Mai 2013 über die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 1. Mai 2013, wonach die Schulterfunktion nur noch leicht eingeschränkt sei für Überkopftätigkeiten mit Druckdolenz über dem AC-Gelenk und leicht scapulothoracaler Dyskinesie. Momentan seien aus orthopädisch-chirurgischer Sicht keine weiteren Massnahmen mehr geplant. Auch die physiotherapeutischen Behandlungen seien beendet worden. Ausgehend von der ursprünglich gelernten Tätigkeit bestehe zwar durchaus eine relevante Einschränkung im Alltag, indem Überkopftätigkeiten und Tätigkeiten repetitiven Charakters über Schulterhöhe mit schweren und mittelschweren Gewichten langfristig vermieden werden sollten, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselbelastendem Charakter unterhalb Schulterniveau seien jedoch ohne Einschränkung zumutbar. Von Seiten des Knies bestehe eine Einschränkung in dem Sinne, dass kniende Tätigkeiten oder repetitives Treppen- oder Leitersteigen vermieden werden sollte (IV-Nr. 46.2 S. 57 f.). Im Weiteren gab auch der Rheumatologe Dr. med. Q.____ in seinem Bericht vom 11. Juni 2014 an, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Autolackierer bzw. technischer Allrounder bestehe zwar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Juli 2012, er kam jedoch ebenfalls zum Schluss, der Patient wäre für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit wechselbaren Positionen ohne langes Stehen, Gehen, ohne Treppen steigen, ohne Überkopfarbeit, ohne Lasten tragen über 10 kg und ohne repetitive Arbeit in gebückter Position ohne Einschränkung arbeitsfähig, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (IV-Nr. 48 S. 2 ff.). Diese Einschätzung bestätigte die Suva-Kreisärztin erneut aufgrund ihrer ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 23. Juni 2014, wonach eine volle Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung von verschiedenen Einschränkungen (rechtes Knie: Vermeiden von schweren körperlichen Arbeiten und von Tätigkeiten mit repetitivem Leiter- und Treppensteigen, Vermeiden von langem Sitzen und Gehen auf unebenen Böden, vorzugsweise wechselbelastende leichte bis mittelschwere körperliche Arbeit; linke Schulter: Vermeiden von schweren körperlichen Tätigkeiten, insbesondere auch Arbeiten mit repetitivem Charakter über Schulterhöhe) bestehe (IV-Nr. 49 S. 2 ff.). Eine solche Beurteilung vertrat schliesslich auch der RAD-Arzt Dr. med. S.____ in seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2014, wonach die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als technischer Allrounder ab dem 1. August 2011 0 % betrage, in einer angepassten Verweistätigkeit jedoch eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100 %, d.h. ganztags und ohne Leistungseinschränkung gemäss dargestellter Zumutbarkeit, ab 1. Mai 2013 bestehe (IV-Nr. 56 S. 3).

Nachdem im Zeitraum vom 1. August 2011 bis 30. April 2013 noch eine dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden hatte, ist aufgrund der seit 1. Mai 2013 fachärztlich attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit mit den erwähnten Einschränkungen von einer gesundheitlichen Verbesserung auszugehen. Die am 1. August 2011 erlittene Schulterverletzung hinderte den Beschwerdeführer nicht mehr, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dass er aufgrund seiner wieder aufgetretenen Kniebeschwerden auf eine wechselbelastende leichte bis mittelschwere, vorwiegend sitzende Tätigkeit angewiesen ist, ändert nichts an der eingetretenen Zumutbarkeit einer angepassten Verweistätigkeit und damit an der nun bestehenden verbesserten Erwerbsfähigkeit. Bevor der Versicherte Leistungen verlangt, hat er aufgrund der ihm obliegenden Schadenminderungspflicht alles ihm Zumutbare selber

vorzukehren, um die Folgen der Invalidität bestmöglich zu mindern. Ein Rentenanspruch ist zu verneinen, wenn er selbst ohne Eingliederungsmassnahmen, nötigenfalls mit einem Berufswechsel, zumutbarerweise in der Lage ist, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2015 vom 3. November 2015 E. 3.3.1 mit Hinweisen). Ab 1. Mai 2013 ist der Beschwerdeführer in einer angepassten Verweistätigkeit als vollumfänglich erwerbsfähig anzusehen. Er ist in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Damit liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 IVG vor (vgl. E. II. 3.2 hiervor).

Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. med. Q. ___ erstelle für die IV regelmässig Gutachten, seine Ausführungen seien daher «mit grossem Vorbehalt» zu prüfen und er könne als Rheumatologe nur bei rheumatologischen Problemen Auskunft geben, verfährt nicht. Abgesehen davon, dass diese Vorbehalte gegenüber Dr. med. Q. ___ vom Beschwerdeführer in keiner Weise substantiiert werden, ist darauf hinzuweisen, dass nicht nur der Rheumatologe Dr. med. Q. ___, sondern auch die Kreisärztin Dr. med. P. ___, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und auch die Fachärzte der Orthopädie der E. ___ eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit bejahten (vgl. IV-Nr. 47.1 S. 66, 49 S. 9, 70 S. 7 f.). Es besteht somit kein Anlass, einen weiteren Arztbericht beim den Beschwerdeführer zwischenzeitlich behandelnden Arzt Dr. med. U. ___ einzuholen, zumal er nun seit November 2015 bei Dr. med. G. ___ in ärztlicher Behandlung steht und dessen Arztberichte im vorliegenden Verfahren eingereicht wurden. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, sein Schmerzbild sei bei der Zumutbarkeitsbeurteilung «gänzlich ausgeblendet» worden. Vielmehr wurden die Schmerzen im Rahmen der fachärztlichen Beurteilungen mitberücksichtigt. Dass der Hausarzt und Allgemeinmediziner Dr. med. J. ___ von einer geringeren Arbeitsfähigkeit ausgeht (vgl. E. II. 6.3), ist nicht massgebend.

7.4 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, seine erheblichen Rückenbeschwerden seien nicht genügend abgeklärt worden. Diese seien auch durch die Suva-Kreisärzte nicht in deren Leistungsbeurteilung miteinbezogen worden, da sie unfallfremd seien. Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. R. ___, Chefarzt-Stv., Orthopädische Klinik des D. ___, in seinem Bericht vom 11. Juli 2014 beim Beschwerdeführer «unklare Rückenschmerzen bei nur leichten degenerativen Veränderungen der LWS» diagnostizierte und nach Beizug der Röntgenaufnahmen ausführte, insgesamt sei der Rücken als sehr unauffällig zu bezeichnen; die leichten degenerativen Veränderungen seien altersentsprechend. Wirbelsäulenchirurgische Indikationen seien nicht gegeben, ebenfalls bestehe keine Indikation zu einer weiterführenden Diagnostik. Die Behandlung könne abgeschlossen werden (IV-Nr. 51; E. II. 6.6 hiervor). Diese Angaben werden durch den Bericht der E. ___ vom 27. Juli 2015 bestätigt, worin ausgeführt wurde, der Patient berichte zwar, dass ihn vor allem die Rückenschmerzen plagten würden, die Kollegen des Wirbelsäulen-Teams hätten jedoch keine einschränkende Pathologie seitens der LWS feststellen können. Dem Patienten seien überwiegend sitzende Tätigkeiten zuzumuten (IV-Nr. 70 S. 6 ff.). Demnach kann nicht gesagt werden, die Rückenbeschwerden seien «noch weitestgehend unabgeklärt» bzw. «nach wie vor weder adäquat dokumentiert noch beurteilt» worden. Hinweise, dass die Rückenbeschwerden allenfalls durch das Schonhinken rechts mit konsekutiver Fehllhaltung aufgrund der medial betonten Gonarthrose rechts hervorgerufen werden könnten, bestehen

in den vorliegenden Arztberichten der E.____ nicht. Auch der Wirbelsäulenspezialist Dr. med. R.____ konnte keine durch ein Schonhinken oder anderweitig verursachte Rückenbeschwerden feststellen. Schliesslich sieht auch Dr. med. J.____ zwischen den Rücken- und den Kniebeschwerden keinen Zusammenhang (vgl. E. II. 6.3 hiervor). Im Weiteren ergeben sich auch aufgrund der vom Beschwerdeführer nachgereichten medizinischen Unterlagen von Dr. med. G.____ keine Anhaltspunkte für ein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Rückenleiden des Beschwerdeführers. Demnach besteht kein Anlass, bezüglich der geltend gemachten Rückenbeschwerden weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen.

7.5 Im Weiteren wird vom Beschwerdeführer gerügt, es seien noch zu keinem Zeitpunkt psychiatrische oder psychosomatische Abklärungen initiiert worden, obwohl Anhaltspunkte für das Vorliegen psychischer bzw. psychosomatischer Gebrechen bestünden. Dazu ist festzuhalten, dass Dr. med. G.____, Allgemeinarzt, in seinem nachgereichten Bericht vom 6. Januar 2016 festhielt, er versuche nun, eine ganzheitliche Therapie aufzubauen bzw. zu entwickeln, weshalb er den Patienten der psychosomatischen Klinik des D.____ zur Beurteilung und Therapie im Rahmen eines stationären Aufenthalts zugewiesen habe (BB 3). In seinem Bericht vom 31. Januar 2016 gab Dr. med. G.____ an, bisher unerwähnt sei eine psychische Dekompensation geblieben, es gelte, ein schweres, chronifiziertes Schmerzsyndrom festzuhalten. Der Beschwerdeführer befinde sich bei ihm seit dem 17. November 2015 in Behandlung (BB 5). Vom 4. bis 15. Februar 2016 hielt sich der Beschwerdeführer in der psychosomatischen Abteilung des D.____ auf, wobei er diese Hospitalisation mit der Begründung vorzeitig abbrach, er habe es nicht mehr länger ausgehalten (BB 6). Dr. med. I.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt fest, es liessen sich im Rahmen der aktuellen Verlaufsbeurteilung und unter Würdigung der Aktenlage kriterienlogisch Indizien für das Vorliegen der psychiatrischen Diagnosen «anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Ursachen ICD-10 F45.41», «rezidivierende depressive Störung mit Somatisierung und intermittierenden suizidalen Phasen ICD-10 F33.2» sowie «schädlicher Gebrauch von THC ICD 10 F12» feststellen. Im Rahmen der zusammenfassenden Beurteilung wurde angegeben, der Patient befinde sich seit dem 11. April 2016 in ihrer Praxis in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (vgl. fachpsychiatrischer Bericht der H.____, [...], vom 30. Juni 2016; BB 7).

Die Beschwerdegegnerin weist in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hin, dass bis zum vorliegend massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (10. Dezember 2015), welcher die zeitliche Schranke für die gerichtliche Überprüfungsbefugnis bildet (Urteil des Bundesgerichts 8C_1009/2008 vom 27. Februar 2009 E. 3 mit Hinweis auf BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243), keine Anhaltspunkte bestanden, dass relevante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit aufgrund eines psychischen oder psychosomatischen Leidens vorliegen könnten. Das vom Allgemeinarzt Dr. med. G.____ in seinem Bericht vom 31. Januar 2016 diagnostizierte «schwere chronifizierte Schmerzsyndrom» stellt keine von einem Facharzt festgestellte Diagnose dar, aufgrund welcher ein strukturiertes Beweisverfahren im Sinne von BGE 141 V 281 durchgeführt werden müsste. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285 mit Hinweis auf BGE 130 V 396). Dies ist hier nicht der Fall. Sodann stand der Beschwerdeführer bei Dr. med. G.____ erst ab dem 17. November

2015 in Behandlung (vgl. BB 5), er hielt sich vom 4. bis 15. Februar 2016 in der psychosomatischen Abteilung des Kantonsspitals Olten auf und die fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bei der Psychiaterin Dr. med. I.____ begann erst am 11. April 2016, somit vier Monate nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung. Demnach wurden psychische Probleme des Beschwerdeführers erst einige Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung fachärztlich festgestellt und behandelt, weshalb sie hier nicht zu berücksichtigen sind. Im Übrigen konnte auch die behandelnde Psychiaterin keine einwandfreie Diagnose stellen, sondern sie stellte im Rahmen der aktuellen Verlaufsbeurteilung, unter Würdigung der Aktenlage sowie auch vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse, lediglich «Indizien» für das Vorliegen einer anhaltenden Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Ursachen (ICD-10 F45.41), einer rezidivierenden depressiven Störung mit Somatisierung und intermittierenden suizidalen Phasen (ICD-10 F33.2) sowie eines schädlichen Gebrauchs von THC (ICD-10 F12) fest. Demnach besteht im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung kein zuverlässiger Hinweis für ein relevantes, die Arbeitsfähigkeit einschränkendes psychisches Leiden. Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass diesbezüglich weitere medizinische Abklärungen erforderlich wären.

7.6 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der zahlreich vorhandenen ärztlichen Berichte in der Lage ist, ab 1. Mai 2013 eine angepasste Verweistätigkeit vollumfänglich auszuüben. Es bestand für die Beschwerdegegnerin demnach - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ kein Anlass, ein polydisziplinäres medizinisches Gutachten zu initiieren, wie dies vom Beschwerdeführer gerügt wird. Der vorliegend massgebliche Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt. Die Schulter-, Knie- und Rückenbeschwerden sowie die geltend gemachten weiteren Leiden sind genügend dokumentiert, um den Rentenanspruch des Beschwerdeführers beurteilen zu können. Dass der RAD-Arzt und Allgemeinmediziner Dr. med. S.____ in seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 aufgrund einer Würdigung der Aktenlage, aber ohne Untersuchung des Beschwerdeführers, zum gleichen Ergebnis kommt (vgl. E. II. 6.7 hiervor), macht seine Einschätzung nicht unbrauchbar. Vielmehr bestätigt sie die fachärztlichen Beurteilungen.

E. 8

8.1 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, die sechsmonatige Arbeitserprobung bei konsistentem Leistungsverhalten und guter Arbeitsqualität in der F.____ habe ergeben, dass eine Restarbeitsfähigkeit von lediglich rund 50 % im primären Arbeitsmarkt bestehe. Wenn die ermittelte medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu der während einer mehrwöchigen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/Arbeitseinsatz des Versicherten effektiv realisierten und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbaren Leistung stehe, vermöge dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen.

8.2 Dem Bericht «Zielauswertung Aufbautraining» (Zeitraum vom 2. November 2013 bis 31. Januar 2014) der F.____ (V.____, Fachbereich Beratung und Integration), [...], vom 31. Januar 2014 kann im Wesentlichen entnommen werden, es sei dem Versicherten ■ wie bereits im vorangegangenen Aufbautraining ■ nicht möglich gewesen, sein Pensum weiter aufzubauen. Er habe weiterhin starke Knie- und Rückenschmerzen geschildert und habe nicht mehr als viereinhalb bis fünf Stunden am Arbeitsplatz verbleiben können. An

einzelnen Tagen habe er wegen zu grossen Schmerzen früher nach Hause gehen müssen oder habe die Arbeit gar nicht aufnehmen können. Eine stabile Präsenz sei auch bei einem 50 %-Pensum nicht erreicht worden. Trotz regelmässiger Physiotherapie habe sich bezüglich der Rücken- und Knieschmerzen keine Verbesserung eingestellt. Ärztlich verordnete Medikamente habe er nicht immer eingenommen und sich zu Ärzten und deren Behandlungsmethoden sehr kritisch geäussert. Das Leistungsvermögen des Versicherten sei nach wie vor hoch und er wisse bei den Produktionsarbeiten bezüglich Arbeitsqualität und ■quantität zu überzeugen. Er verfüge bei den Produktionsarbeiten über ein breites Fachwissen und könne dieses auf verschiedene Produktionsarbeiten übertragen. Der Versicherte mache zwar regelmässige Arbeitspausen, sollte aber in Zukunft noch stärker auf eine ergonomische Arbeitsweise achten. Eine Anstellung habe auch mit einem Pensum von 50 % nicht gefunden werden können. Arbeitseinsätze zur Probe hätten aufgrund der mangelnden körperlichen Stabilität des Versicherten nicht initiiert werden können. Der Versicherte sei aufgrund der beschriebenen Schmerzen nicht in der Lage, mehr als viereinhalb bis maximal fünf Stunden zu arbeiten. Auch beim reduzierten Pensum habe er keine lückenlose Präsenz erreicht. Er zeige weiterhin sehr gute Leistungen und er könne trotz seiner Beschwerden gute und saubere Arbeit verrichten. Ein 50 %-Pensum sollte der Versicherte bei einer auf seine Bedürfnisse angepassten Tätigkeit bewältigen können. Die beruflichen Schlüsselqualifikationen seien gut ausgebildet. Er könne sich damit gut auf dem primären Arbeitsmarkt bewegen. An seinen Kompetenzen, Schwierigkeiten zu bewältigen, müsse er aber noch arbeiten. Die körperliche Belastbarkeit habe sich nicht verbessert. Der Versicherte nehme aber die Behandlung immer noch nicht an, welche ihm seine Mediziner empfehlen würden. Die vorgeschlagenen Medikamente (Celebrex und Lyrica) habe er nicht eingenommen und er habe die Behandlung abgebrochen. Er habe grosse Schwierigkeiten, Vertrauen in die Ärzte aufzubauen. Auf diese Weise stecke er im Prozess der Reintegration fest. Die körperliche Verfassung lasse kein höheres Arbeitspensum als 50 % zu. Aufgrund der sich verschlechternden Situation mache eine Verlängerung des Trainings keinen Sinn mehr (IV-Nr. 42).

Aus dem Abschlussbericht der IV-Stelle, Berufliche Eingliederung, vom 12. Februar 2014 geht sodann hervor, während des neunmonatigen Einsatzes in der F.____ sei es insgesamt zu einer Verschlechterung der körperlichen Verfassung gekommen. Zu Beginn sei der Einsatz mit einem 100 %-Pensum erfolgt und sei dann Mitte Juni 2013 wegen zunehmender Rückenschmerzen auf 50 % reduziert worden. Eine Steigerung sei danach nicht mehr möglich gewesen. Während des ganzen Eingliederungsprozesses seien die gesundheitlichen Beschwerden (Rückenschmerzen, Knieschmerzen rechts) im Zentrum gestanden. Der Versicherte habe sich gegenüber den Ärzten und medizinischen Behandlungen misstrauisch gezeigt und vorgeschlagene Behandlungen nicht wie empfohlen ausgeführt (z.B. Weglassen von Medikamenten). Ein weiteres Thema sei auch immer wieder die Nichtdurchführung einer Knieoperation gewesen, welche aus seiner Sicht angemessen und notwendig wäre. Eine Fokussierung in Richtung berufliche Integration sei aus diesen Gründen sehr schwierig gewesen. Für den Versicherten seien die medizinischen Abklärungen/Behandlungen weiterhin vordergründig. Der Zustand sei für ihn so nicht mehr ertragbar. Der Versicherte besitze sehr gute Arbeitsqualitäten und habe arbeitsbezogen sehr gute Leistungen gezeigt. Bei einer angepassten Tätigkeit habe sich eine 50%ige Einsatzfähigkeit als realistisch gezeigt. Die weitere Unterstützung bei der Stellensuche erfolge durch das RAV Plus [...] (IV-Nr. 44).

8.3 Das als Integrationsmassnahme absolvierte Arbeitspensum von 50 %, welches in der Folge nicht mehr gesteigert werden konnte, steht nicht in Einklang mit den vorerwähnten ärztlichen Angaben. In diesem Zusammenhang ist festzuhalten, dass die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit (z.B. nur sitzende oder stehende Arbeiten, nur beschränktes Heben/Tragen von Lasten etc.) in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung obliegt. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen (Urteil des Bundesgerichts 9C_833/2007 vom 4. Juli 2008 E. 3.3.2 mit Hinweis; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a, S. 389 Rz. 236 mit Hinweisen). Angesichts der oben wiedergegebenen Arztberichte und der vorerwähnten Beurteilung des Aufbautrainings ist in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass die sich bietenden Behandlungsoptionen vom Beschwerdeführer nicht vollumfänglich ausgeschöpft wurden. Nach den fachärztlichen Angaben müsste er in der Lage sein, eine angepasste Verweistätigkeit im Rahmen eines Vollzeitpensums auszuüben. Selbst der Hausarzt Dr. med. J. ___ äusserte sich dahingehend, eigentlich sei der Beschwerdeführer für eine leichte Arbeit arbeitsfähig; es sei ihm unklar, warum die bisherigen Versuche gescheitert seien (vgl. Aktennotiz des RAD-Arztes vom 15. Oktober 2013; IV-Nr. 35). Im Bericht der E. ___ vom 27. Juli 2015 wurde darauf hingewiesen, operativ komme nur die Implantation einer Knie totalprothese in Frage, initial sollten jedoch unbedingt die konservativen Therapiemassnahmen ausgeschöpft werden mit Kniegelenksinfiltrationen, Anpassung der Schmerzmedikation sowie Ausschöpfung der physikalischen Therapie (IV-Nr. 70 S. 7). Im Weiteren wurde auch in der Zielauswertung «Aufbautraining» der F. ___ vom 31. Januar 2014 mehrfach erwähnt, dass die Behandlungsmöglichkeiten vom Beschwerdeführer nicht voll ausgeschöpft worden seien (Nichteinnahme ärztlich verordneter Medikamente, Kritik an Ärzten und Behandlungsmethoden, Wunsch eines neuen Kniegelenks, ungenügende ergonomische Arbeitsweise, Nichtannahme der von den Medizinerinnen empfohlenen Behandlung, kein Vertrauen zu Ärzten). Angesichts dieser im Integrationsprozess bestehenden Schwierigkeiten erscheint es zwar nachvollziehbar, dass von der Berufsberatung lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit als realistisch angesehen wurde. Massgebend für die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit sind jedoch primär die fachärztlichen Angaben. Demnach ist von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit auszugehen.

E. 9.1

9.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Einkommensvergleich zur Ermittlung des Valideneinkommens auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 des Bundesamtes für Statistik. Sie ging vom Sektor 2 (Produktion) und vom Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) für Männer aus, rechnete den entsprechenden Tabellenwert von CHF 5'394.00 unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit in diesem Bereich von durchschnittlich 41.4 Std. um und berücksichtigte die seitherige Nominallohnentwicklung (2012: 101.6; 2013: 102.3), was zu einem Valideneinkommen ab

1. Mai 2013 von CHF 67'455.00 führte. Zur Begründung führte sie u.a. aus, in Bezug auf die Einstufung in das Kompetenzniveau beim Valideneinkommen treffe es zwar zu, dass der Beschwerdeführer einen Lehrabschluss als Autolackierer habe. Jedoch habe er seit dem Jahr 2008 nicht mehr auf dem gelernten Beruf gearbeitet. Er habe den Beruf aus invaliditätsfremden Gründen gewechselt und sei seit dem Jahr 2008 nicht mehr als Autolackierer tätig. Deshalb könne nicht auf seine gelernte Tätigkeit als Autolackierer abgestellt werden, da davon auszugehen sei, dass er auch im Gesundheitsfall nicht mehr in diesem Bereich arbeiten würde. Als technischer Allrounder habe er keine Ausbildung absolviert, weshalb das Abstellen auf das Kompetenzniveau 1 seinen letzten Tätigkeiten vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung entspreche (A.S. 4 und 7). Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Auffassung, er sei in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität bei einer Vielzahl von Arbeitgebern tätig gewesen. Die meisten Tätigkeiten habe er als gelernter Autolackierer ausgeübt. Er hätte sich eine solche Tätigkeit ohne Limitationen wieder vorstellen können.

Dem aus den Akten hervorgehenden Lebenslauf kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer bis Ende Januar 2007 vorwiegend auf seinem erlernten Beruf als Autolackierer (und Karosseriespengler) und bis Ende September 2007 als Industriemaler/-lackierer bei der W.____, [...], arbeitete, wobei er diese Stelle zwecks beruflicher Neuorientierung aufgab (vgl. Arbeitszeugnisse vom 23. Februar und 13. September 2007; IV-Nr. 15 S. 7 f.). Danach war er bis zum fraglichen Unfall vom 1. August 2011 als «Mitarbeiter Kunststoffherstellung», als «Mitarbeiter Abbruch und Rückbau» und als «Mitarbeiter Industrielackierer» bei verschiedenen Arbeitgebern und zuletzt ab September 2010 als «Mitarbeiter Technischer Allrounder» bei der X.____, [...], im Rahmen eines Temporärarbeitsverhältnisses tätig (IV-Nr. 2 S. 4, 15 S. 1 ff.). Der Beschwerdeführer arbeitete vor dem Eintritt seiner unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit somit unbestrittenermassen nicht mehr auf seinem erlernten Beruf als Autolackierer, sondern temporär als Technischer Allrounder. Gemäss dem vorliegenden Arbeitszeugnis erbrachte er gute Leistungen (IV-Nr. 15 S. 3). Unter den gegebenen Umständen ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als technischer Allrounder verschiedenartige Tätigkeiten ausüben musste, welche im technischen Bereich gewisse Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verlangen. Es erscheint daher als sachgerecht, zur Festsetzung des Valideneinkommens die LSE 2012 mit dem Tabellenwert für das Kompetenzniveau 2 heranzuziehen (Tabelle TA1, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 2 [praktische Tätigkeiten wie Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten, Sicherheitsdienst oder Fahrdienst etc.]). Das von der Beschwerdegegnerin berücksichtigte Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art] wird dem Arbeitsprofil des Beschwerdeführers im Gesundheitsfall nicht gerecht. Demnach ist das Valideneinkommen auf CHF 73'273.00 (statt: CHF 67'455.00) pro Jahr festzusetzen (Sektor 2 [Produktion], Kompetenzniveau 2, Männer: CHF 5'865.00 x 12 Monate, Aufrechnung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von durchschnittlich 41.4 Stunden pro Woche im Sektor 2, Aufrechnung des Nominallohnindex [2012: 101.6; 2013: 102.2]).

9.1.2 Der Beschwerdeführer lässt geltend machen, zu den LSE-Tabellen 2012 sei festzustellen, dass die Einkommenszahlen der LSE 2012 insgesamt 6.3 % höher gewesen seien als jene der LSE 2010. Es liege auf der Hand, dass diese Erhöhung bei im

Allgemeinen stagnierenden Löhnen gerade nicht auf eine allgemeine Lohnerhöhung zurückzuführen sei. Die Erhöhung sei einzig auf eine neue Zusammensetzung der dafür erhobenen Daten zurückzuführen. Diese seien im Übrigen durch das BSV erheblich beeinflusst worden. Die LSE-Tabellen 2012 stellten entsprechend keine taugliche Grundlage zur Ermittlung des Invaliditätsgrades dar und es sei weiterhin auf die LSE-Tabellen 2010 abzustellen (Beschwerde, S. 20 f. Ziff. 11).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kommt der LSE 2012 für alle Fälle erstmaliger Invaliditätsbemessung und auf Neuanschlag hin nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenspruchs im Jahr 2012 oder später) Beweiseignung zu. Laufende, gestützt auf die LSE bis 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrenten dürfen nicht allein zufolge Anwendung der Tabellenlohnwerte gemäss LSE 2012 in Revision gezogen werden. Wenn nach der bisherigen Rechtsprechung geringfügige quantitative statistische Änderungen nicht zur Rentenrevision führen, da sie nicht in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person gründen, dann gilt dies erst recht für weitergehende qualitative Modifikationen in der Erhebung der Statistikgrundlagen, wie sie im Übergang der LSE bis 2010 zur LSE 2012 eingetreten sind. Weil bei dieser qualitativen Inkongruenz tatsächlich (partiell) Ungleiches mit Ungleichem verglichen und somit die revisionsrechtliche Prüfung im nach Art. 17 Abs. 1 ATSG massgeblichen Vergleichszeitraum verfälscht würde, kann die durch die IV-Mitteilung Nr. 328 deklarierte integrale Anwendbarkeit der LSE 2012 im Revisionsfall nicht bestätigt werden. Vielmehr gebietet sich aus den dargelegten Gründen eine Einschränkung der Verwaltungsweisung in dem Sinne, dass die LSE 2012 für die Invaliditätsbemessung im Revisionsverfahren betreffend eine laufende, gestützt auf die LSE bis 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrente anwendbar ist, ausser wenn sich allein durch ihre Verwendung eine anspruchrelevante Änderung des Invaliditätsgrades ■ nach oben oder nach unten ■ ergibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_632/2015 vom 4. April 2016 E. 2.5.8.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 10. Dezember 2015 eine ganze Invalidenrente ab 1. Februar 2013 zu und hob diese gleichzeitig - angesichts einer ab 1. Mai 2013 eingetretenen gesundheitlichen Verbesserung - auf Ende Juli 2013 auf, wobei sie zur Ermittlung sämtlicher Vergleichseinkommen die LSE 2012 heranzog (A.S. 4). Dies ist kein Anwendungsfall im oben dargelegten Sinne, wonach zur Ermittlung der Vergleichseinkommen nicht auf die LSE 2012 abgestellt werden darf. Vielmehr kommt der LSE 2012 im vorliegenden Fall Beweiseignung zu. Dem Einwand des Beschwerdeführers, die LSE 2012 stelle keine taugliche Grundlage zur Ermittlung der Vergleichseinkommen dar und es sei weiterhin auf die LSE 2010 abzustellen, kann demnach nicht gefolgt werden. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Suva sich in ihrer rechtskräftigen Verfügung vom 11. August 2014 zur Ermittlung des Invaliditätsgrades auf die Tabellenwerte der LSE 2010 abstützte (vgl. IV-Nr. 53).

9.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens zog die Beschwerdegegnerin ebenfalls die LSE 2012 heran. Der Medianwert des standardisierten Monatslohnes der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Männer belief sich auf CHF 5■210.00 pro Monat. Nach Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Std. und des Nominallohnindex (2012: 101.7, 2013: 102.5) ergibt sich ein

Einkommen von CHF 65'690.00.

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_109/2013 vom 9. April 2013 E. 4.2 mit Hinweisen). Besteht auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch unter Berücksichtigung des Anforderungs- und Belastungsprofils ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten, rechtfertigen gewisse Einschränkungen wie die Notwendigkeit, wechselnde Positionen einzunehmen, Zwangshaltungen der Wirbelsäule zu vermeiden sowie Hebe- und Traglimiten zu beachten, keinen (zusätzlichen) Abzug vom Tabellenlohn (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 28a IVG, S. 344 f. Rz. 100 mit Hinweis).

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn vor und begründete dies damit, dem Beschwerdeführer sei es nach wie vor zuzumuten, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselbaren Positionen ohne langes Stehen oder Gehen, ohne Treppen steigen, ohne Überkopfarbeiten, ohne Lasten tragen über 10 kg sowie ohne repetitive Arbeiten in gebückter Position ganztags und ohne Leistungseinschränkungen auszuüben. Gestützt auf dieses Arbeitsprofil sei es ihm möglich, auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine entsprechende Anstellung zu finden und ein entsprechendes Einkommen zu erzielen. Einzig die Tatsache, dass er keine schweren Tätigkeiten mehr ausüben könne, führe nicht zu einem Abzug vom Tabellenlohn, würden doch im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten bis mittelschweren Tätigkeiten erfasst (vgl. angefochtene Verfügung, A.S. 7). Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug auf dem Invalideneinkommen insbesondere dann zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweis). Besteht aber auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch unter Berücksichtigung des Anforderungs- und Belastungsprofils ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten, rechtfertigen die betreffenden Einschränkungen grundsätzlich keinen (zusätzlichen) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C_454/2011 vom 30. September 2011 E. 4.3.2).

Im vorliegenden Fall sind dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselbaren Positionen ohne langes Stehen und Gehen, ohne Treppen steigen, ohne Überkopfarbeit, ohne Lasten tragen über 10 kg und ohne repetitive Arbeit in gebückter Position zuzumuten, wobei keine zeitliche Einschränkung und keine verminderte Leistungsfähigkeit besteht (vgl. Arztbericht von Dr. med. Q.____ vom 11. Juni 2014; IV-Nr. 48 S. 7; vgl. auch IV-Nr. 49 S. 9, 56 S. 3 und 70 S. 8). In Anbetracht der bisher ausgeübten verschiedenen Tätigkeiten bei mehreren Arbeitgebern (vgl. Lebenslauf; IV-Nr. 15 S. 1 f.), seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als technischer Allrounder, seiner Fachkenntnisse und seiner praktischen Fähig- und Fertigkeiten (vgl. auch Berichte «Zielauswertung Aufbaustraining» der F.____ vom 15. November 2013 und 31. Januar 2014; IV-Nr. 41 und 42) ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer auch ohne berufliche Eingliederungsmassnahmen eine hinreichend grossen Palette (einfacher und repetitiver) Tätigkeiten vom Kompetenzniveau 1 zuzumuten sind. Daran ändert auch der Umstand nichts, dass es sich um eine vorwiegend sitzende Tätigkeit handeln muss. Sein

Leistungsvermögen ist nach wie vor hoch und er weiss bei Produktionsarbeiten bezüglich Arbeitsqualität und ■quantität zu überzeugen. Er verfügt über ein breites Fachwissen und kann dieses auf verschiedene Produktionsarbeiten übertragen (vgl. IV-Nr. 42 S. 1). Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was zu einer anderen Betrachtungsweise führen könnte. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers kann nicht gesagt werden, dass angesichts seiner Einschränkungen attestierte Tätigkeitsprofil entspreche de facto einem geschützten Arbeitsplatz. Demnach ist die Nichtvornahme eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenlohn aufgrund der erwähnten körperlichen Einschränkungen nicht zu beanstanden. Andere Aspekte, welche einen solchen Abzug als angezeigt erscheinen liessen, sind nicht ersichtlich. Dass die Suva bei der Berechnung der Erwerbsunfähigkeit einen leidensbedingten Abzug von 15 % gewährte (IV-Nr. 53 S. 2), ist nicht massgebend; es besteht keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 4 IVG, S. 45 Rz. 120).

9.3 Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von CHF 73■273.00 und des Invalideneinkommens von CHF 65■690.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von (abgerundet) 10 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr begründet. Somit wurde der Rentenanspruch mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 10. Dezember 2015 zu Recht auf Ende Juli 2013 aufgehoben (vgl. Art. 88a Abs. 1 lit. a IVV).

E. 10

10.1 Der Beschwerdeführer lässt sodann geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe ihn, was berufliche Eingliederungsmassnahmen betreffe, im Stich gelassen. Es gehe nicht an, dass die Beschwerdegegnerin die beruflichen Massnahmen im Februar 2014 ohne Rücksprache mit dem Beschwerdeführer mittels eines internen Schreibens abgeschlossen habe. Im nie zur Stellungnahme edierten Abschlussbericht der IV vom 12. Februar 2014 sei festgehalten worden, dass es belastungsbedingt zu einer Verschlechterung der körperlichen Verfassung gekommen sei und dass eine Steigerung auf über 50 % nicht mehr möglich gewesen sei. Dem Bericht seien keine Gründe zu entnehmen, weshalb weitere berufliche Massnahmen im Allgemeinen und Integrationsmassnahmen im Besonderen nicht weiterhin angezeigt gewesen wären.

10.2 Gemäss Art. 14a Abs. 1 IVG haben Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können. Als Integrationsmassnahmen gelten nach Art. 14a Abs. 2 IVG gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation (lit. a) sowie Beschäftigungsmassnahmen (lit. b). Integrationsmassnahmen können mehrmals zugesprochen werden, dürfen aber gesamthaft die Dauer von einem Jahr nicht übersteigen. Sie können in Ausnahmefällen um höchstens ein Jahr verlängert werden (Art. 14a Abs. 3 IVG). Der Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung i.S.v. Art. 14a Abs. 1 IVG setzt eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nur im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (Art. 6 erster Satz ATSG), sondern auch in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich (zweiter Satz) voraus (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 14a IVG, S. 182 Rz. 1 mit Hinweis).

Im vorliegenden Fall wurden ■ wie die Beschwerdegegnerin zur Recht darauf hinweist und im Übrigen unbestritten ist - Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG bereits durchgeführt. Der Beschwerdeführer konnte ein insgesamt neunmonatiges, zweimal verlängertes Aufbautraining vom 6. Mai 2013 bis 2. Februar 2014 absolvieren (IV-Nr. 24, 31 und 38). Im Bericht «Zielauswertung Aufbautraining» der F.____ vom 31. Januar 2014 wurde u.a. darauf hingewiesen, diese nun abgeschlossene Massnahme sei am 31. Januar 2014 mit dem Versicherten, der Sachbearbeiterin der beruflichen Eingliederung sowie dem Verfasser dieses Berichts ausgewertet worden. Aufgrund der sich verschlechternden Situation mache eine Verlängerung des Trainings keinen Sinn mehr. Der Versicherte werde mit seinen Ärzten weiter nach schmerzlindernden Behandlungsmethoden suchen (IV-Nr. 42). Im Abschlussbericht wurde u.a. darauf hingewiesen, während des gesamten Eingliederungsprozesses seien die gesundheitlichen Beschwerden (Rückenschmerzen, Knieschmerzen rechts) im Zentrum gestanden. Eine Fokussierung in Richtung berufliche Integration sei aus diesen Gründen sehr schwierig gewesen. Der Versicherte besitze sehr gute Arbeitsqualitäten und habe arbeitsbezogen sehr gute Leistungen gezeigt. Die weitere Unterstützung bei der Stellensuch erfolge durch das RAV Plus [...] (IV-Nr. 44).

Zunächst ist festzuhalten, dass der Einwand des Beschwerdeführers, es gehe nicht an, dass die IV berufliche Massnahmen im Februar 2014 ohne Rücksprache mit dem Beschwerdeführer mittels eines internen Schreibens abgeschlossen habe, ins Leere zielt, da das abgeschlossene Aufbautraining mit dem Beschwerdeführer am 31. Januar 2014 ausgewertet bzw. besprochen wurde (vgl. IV-Nr. 42 S. 3). Gemäss dem Protokolleintrag der Beschwerdegegnerin vom 31. Januar 2014 fand das Abschlussgespräch mit dem Beschwerdeführer, dem zuständigen Fachmann der F.____ (V.____) sowie der zuständigen Sachbearbeiterin der beruflichen Eingliederung der IV-Stelle (Y.____) statt. Im Rahmen der Besprechung wurde erörtert, eine Weiterführung des Aufbautrainings in der F.____ sei nicht mehr gegeben. Die weitere Unterstützung bei der Stellensuche erfolge durch das RAV (Protokoll, S. 9). Da der Beschwerdeführer unbestrittenermassen an dieser Besprechung teilnahm, war die Beschwerdegegnerin nicht verpflichtet, ihm auch noch den Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 12. Februar 2014 (IV-Nr. 44), in welchem die Ergebnisse des Aufbautrainings kurz wiedergegeben wurden, zuzustellen. Sodann ist aufgrund der fachärztlichen Berichte erstellt, dass dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2013 eine angepasste Verweistätigkeit ohne verminderte Leistungsfähigkeit vollumfänglich zuzumuten ist, weshalb die Voraussetzung für eine Integrationsmassnahme zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung im Sinne von Art. 14a Abs. 1 IVG (mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer anderen angepassten Tätigkeit) nicht mehr erfüllt ist. Demnach wurde der Anspruch auf weitere Integrationsmassnahmen von der Beschwerdegegnerin zu Recht verneint.

10.3 Laut Art. 15 IVG haben Versicherte, die infolge Invalidität in der Berufswahl oder in der Ausübung ihrer bisherigen Tätigkeit behindert sind, Anspruch auf Berufsberatung. Der Anspruch auf Leistungen nach Art. 15 IVG setzt voraus, dass der Versicherte an sich zur Berufswahl (oder zur beruflichen Neuorientierung) fähig, infolge seines Gesundheitsschadens aber darin behindert ist, weil die Kenntnisse über Neigungen, berufliche Fähigkeiten und Möglichkeiten nicht ausreichen, um einen der Behinderung angepassten Beruf zu wählen. Ein Mindestinvaliditätsgrad ist nicht vorausgesetzt (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 15 IVG, S. 184 Rz. 2 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall kann nicht gesagt werden, der Beschwerdeführer sei infolge seines Gesundheitsschadens in der Berufswahl bzw. in der beruflichen Neuorientierung behindert. Die Kenntnisse über seine Neigungen, seine Berufserfahrung und seine Fachkenntnisse genügen, um feststellen zu können, welchen körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten er mit seinen körperlichen Einschränkungen noch nachgehen kann, zumal das Zumutbarkeitsprofil (leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit wechselbaren Positionen ohne langes Stehen und Gehen, ohne Treppen steigen, ohne Überkopfarbeit, ohne Tragen von Lasten über 10 kg und ohne repetitive Arbeit in gebückter Position; vgl. IV-Nr. 45 S. 7) klar umrissen wird. Berufswahlgespräche, Durchführung von Neigungs- und Begabungstests sowie Abklärungsaufenthalte etc. fallen hier nicht in Betracht (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 15 IVG, S. 185 N 7). Der Beschwerdeführer verlangt denn auch nur in allgemeiner Form berufliche Eingliederungsmassnahmen; von ihm wird nicht dargelegt, auf welche konkrete Form der Berufsberatung er Anspruch erhebt. Demnach ist ein Anspruch auf Berufsberatung im Sinne von Art. 15 IVG zu verneinen.

10.4 Nach Art. 17 Abs. 1 IVG hat der Versicherte Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann. Invalid im Sinne von Art. 17 IVG ist ein Versicherter, wenn er wegen der Art und Schwere des eingetretenen Gesundheitsschadens in den bisher ausgeübten und in den für ihn ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offenstehenden noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 % erleidet; dabei bemisst sich die Einbusse an dem vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Erwerbseinkommen (Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 17 IVG, S. 201 Rz. 3 mit Hinweisen).

Angesichts des oben (unter E. II. 9.3 hiervor) ermittelten Invaliditätsgrades von lediglich 10 % besteht für den Beschwerdeführer kein Anspruch auf eine Umschulung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 IVG. Dass die Suva von einem Invaliditätsgrad von 21 % ausgeht, ist für die Invalidenversicherung nicht bindend (BGE 133 V 549 E. 6 S. 553 ff.).

10.5 Laut Art. 18 Abs. 1 IVG haben arbeitsunfähige (Art. 6 ATSG) Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes (lit. a) sowie begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes (lit. b). Die IV-Stelle veranlasst diese Massnahme unverzüglich, sobald eine summarische Prüfung ergibt, dass die Voraussetzungen dafür erfüllt sind (Art. 18 Abs. 2 IVG). Zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung genügt der Eintritt einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeit, welche quantitativ, qualitativ und zeitlich so beschaffen sein muss, dass sie den Versicherten bei der Arbeitssuche erheblich behindert. Vorausgesetzt ist die Eingliederungsfähigkeit des Versicherten, d.h. seine objektive Möglichkeit und subjektive Bereitschaft, von einem durchschnittlichen Arbeitgeber angestellt zu werden. Ist die Arbeitsfähigkeit einzig insoweit eingeschränkt, als dem Versicherten leichte Tätigkeiten voll zumutbar sind, bedarf es zur Begründung des Anspruchs auf Arbeitsvermittlung zusätzlich einer spezifischen Einschränkung gesundheitlicher Art (Urteil des Bundesgerichts 9C_594/2016 vom 18. November 2016 E. 3.2 mit Hinweis auf Meyer/Reichmuth, a.a.O., Art. 18 IVG Rz. 3 ff.). Die invalidenversicherungsrechtliche Arbeitsvermittlung bezweckt, konkrete eingetretene oder unmittelbar drohende (Art. 8 Abs. 1 IVG) invaliditätsbedingte Einschränkungen bei der Stellensuche durch die Inanspruchnahme spezieller Fachkenntnisse der Versicherungsorgane (oder der von ihr beigezogenen Stellen; vgl. Art. 59 IVG)

auszugleichen. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, fällt der Anspruch auf Arbeitsvermittlung gegenüber der Invalidenversicherung ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts I 421/01 vom 15. Juli 2002 E. 2c).

Im vorliegenden Fall sind dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeiten vollumfänglich zuzumuten. Eine weitere spezifische Einschränkung gesundheitlicher Art ist nicht ersichtlich. Dem Beschwerdeführer stehen auf dem ausgeglichenen hypothetischen Arbeitsmarkt somit genügend zumutbare Stellen offen (zu denken ist insbesondere an leichtere Kontroll- und Überwachungstätigkeiten), zu deren Finden die spezifischen Fachkenntnisse der mit der Invalidenversicherung betrauten Behörden nicht notwendig sind. Dementsprechend wurde er von der beruflichen Eingliederung für die weitere Unterstützung bei der Stellensuche zu Recht an das RAV verwiesen (vgl. IV-Nr. 44 S. 2). Somit besteht kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung durch die Invalidenversicherung.

11. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 10. Dezember 2015, worin dem Beschwerdeführer eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Februar bis 31. Juli 2013 gewährt und im Weiteren der Anspruch auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 12

12.1 Ausgangsgemäss ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG).

12.2 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 mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Verfahrenskosten von CHF 600.00 werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

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

Schmidhauser

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