

# **SO\_GERICHTE VSBES.2024.255 vom 20. August 2025**

SO Obergericht, 2025-08-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2024.255\\_d20250820](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.255_d20250820)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2024.255 du 20 août 2025

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2024.255 del 20 agosto 2025

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Es sei die fragliche Verfügung auf Grund weiterer Abklärungen neu zu beurteilen.

### **E. 2**

Es seien die posttraumatischen Lasten körperlichen Ursprungs des Betroffenen präziser festzustellen und zu würdigen.

### **E. 3**

Es sei insbesondere zu beachten, dass es nie einen Anlass gegeben habe, die Implantation eines TEP Hüftgelenkes der IV zu melden.

### **E. 4**

Es sei zu würdigen, dass die Implantation des Hüftgelenkes ein eng begrenzter Erfolg sei oder der chirurgische Eingriff durch die Folgen der erlittenen Sepsis seine Grenzen finde.

### **E. 5**

Es seien die posttraumatischen Lasten psychischer Natur festzustellen und zu würdigen.

### **E. 6**

Es sei das von D.\_\_\_\_ erstellte psychiatrische Gutachten vertieft zu überprüfen.

### **E. 7**

Es sei dem allein auf körperliche Lasten definierten Invaliditätsgrad von 64 % weitere 20 bis 36 % Invalidität, mit Bezug auf obige und die im Anhängen aufgeführten schwersten Traumen einzuräumen. Zudem sei ihm ein kostenloser Rechtsbeistand zu gewähren. 5. Mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2024 (A.S. 10 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 6. Mit Eingabe vom 31. Oktober 2024 (A.S. 23) reicht der Beschwerdeführer den Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2024 ein. 7. Mit Verfügung vom 8. November 2024 (A.S. 26 f.) wird dem Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von sämtlichen Gerichtskosten und von der Kostenvorschusspflicht) bewilligt, womit er grundsätzlich Anspruch auf Beiordnung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes habe. Weiter wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem Versicherungsgericht bislang keinen Rechtsvertreter bekannt gegeben habe, weshalb ihm Frist gesetzt werde, einen Rechtsanwalt oder eine Rechtsanwältin zu benennen. 8. Mit Verfügung vom 2. Dezember 2024 (A.S. 33) wird Rechtsanwältin

F.\_\_\_\_, [...], als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. 9. Mit Replik vom 15. Januar 2025 (A.S. 36 ff.) lässt der Beschwerdeführer folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. August 2024 sei aufzuheben. 2. Dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine unbefristete Dreiviertelsrente auszurichten. 3. Es seien weitere medizinische Abklärungen, insbesondere eine neue psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers, zu initiieren. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 10. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Vorliegend ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin die Dreiviertelsrente des Beschwerdeführers zu Recht mit Verfügung vom 28. August 2024 auf eine Rente von 64 % einer ganzen Invalidenrente herabgesetzt hat, dies mit Wirkung mit dem ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung. Demnach ist das nach dem 1. Januar 2022 geltende Recht anwendbar. 3. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 3.2 Mit dem ab 1. Januar 2022 eingeführten stufenlosen Rentensystem in der IV wird die Höhe des Anspruchs auf eine Invalidenrente neu in prozentualen Anteilen einer ganzen Rente festgelegt und nicht mehr wie bisher nach Viertelsrentenstufen (Art. 28b Abs. 1 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 – 69 Prozent entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent besteht wie bis anhin ein Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 Prozent gilt eine Abstufung des Rentenanteils von 25 bis 47,5 Prozent (Abs. 4). 4. 4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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). Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; AHI 1997 S. 288 E. 2b). 4.2 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372, mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a). Auch eine neue Verwaltungs-

oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313). 4.3 Jede wesentliche Änderung in den für eine Leistung massgebenden Verhältnissen ist von den Bezügerinnen und Bezüger, ihren Angehörigen oder Dritten, denen die Leistung zukommt, dem Versicherungsträger oder dem jeweils zuständigen Durchführungsorgan zu melden (Art. 31 ATSG). Bezogen auf die Invalidenversicherung wird diese Meldepflicht auf Verordnungsebene konkretisiert. Danach hat der Berechtigte jede für den Leistungsanspruch wesentliche Änderung, namentlich eine solche des Gesundheitszustandes, der Arbeits- oder Erwerbsfähigkeit, unverzüglich der IV-Stelle anzuzeigen (vgl. Art. 77 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). 4.4 Die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente erfolgt gemäss Art. 88 bis IVV frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (lit. a). Sie erfolgt jedoch rückwirkend ab Eintritt der für den Anspruch erheblichen Änderung, wenn der Bezüger die Leistung zu Unrecht erwirkt hat oder der ihm nach Art. 77 IVV zumutbaren Meldepflicht nicht nachgekommen ist (lit. b in der bis Ende 2014 gültig gewesenen Fassung). Gemäss der am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Ergänzung von lit. b gilt dies unabhängig davon, ob die Verletzung der Meldepflicht oder die unrechtmässige Erwirkung ein Grund für die Weiterausrichtung der Leistung war. 5. 5.1

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu

entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. 6. Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob die Beschwerdegegnerin die laufende Dreiviertelsrente des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 28. August 2024 zu Recht auf eine Rente von 64 % reduziert hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich grundsätzlich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenverfügung vom 15. Oktober 2015, welche auf einer umfassenden Prüfung des medizinischen Sachverhalts basierte bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 28. August 2024 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). 6.1 Im Zeitpunkt der letzten Rentenverfügung vom 15. Oktober 2015 stützte sich die damals zuständige IV-Stelle Aargau im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Sachverhalt: 6.1.1 Im Verlaufsbericht des B.\_\_\_\_, vom

## **E. 12**

Juni 2014 (IV-Nr. 51) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Bereits konventionell diagnostiziert und mittels MRI bilanziert zeige sich ein SLAC-Wrist Stadium III mit deutlichem Kollaps und midkarpaler Beteiligung. Ob der karpale Kollaps durch das septische Geschehen entstanden sei oder bereits vor dem Ereignis eine SL-Bandruptur bei repetitiven Traumata vorgelegen habe, sei konklusiv nicht zu beurteilen. Da der Beschwerdeführer aktuell noch auf die Stöcke zur Mobilisierung angewiesen sei, sei ein operatives Vorgehen am Handgelenk sicher nicht sinnvoll. Da auch der subjektive Leidensdruck bezüglich der Handgelenkschmerzen noch nicht im Vordergrund stehe, sondern die Hüftschmerzen, wolle er auch keine operative Versorgung. Alternativ bei diesem SLAC-Stadium könnte nur eine Panarthrodese empfohlen werden. Auch hierfür sei bei stattgehabter Bakteriämie mit Sepsis Vorsicht geboten.

6.1.2 Mit Stellungnahme vom 27. März 2015 (IV-Nr. 91) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats FMH, RAD, fest, aus versicherungsmedizinischer Sicht könne aufgrund der Akten angenommen werden, dass hier eine länger dauernde Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Im Moment sei eine operative Korrektur der schweren Arthrosen anhand Schulter und Hüfte wegen grosser Komplikationsgefahr (Infekt) nicht in Angriff genommen worden. Längerfristig werde aber ■ bei Infekt freiem Zustand ■ die Indikation zu den vorgeschlagenen Operationen gestellt werden können. In einer angepassten leichten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit, ohne Gewichte heben, Zwangshaltungen wie Bücken, Knien, Kauern, wenig Stehen und Gehen, keine Kälte und Nässe, Tätigkeit, ohne

Überkopftätigkeit, keine feinmotorische Arbeiten, bestehe eine maximal 40%ige Arbeitsfähigkeit. Einschränkungen in der linken Schulter und rechten Hand führten dazu, dass die Arbeit primär mit der linken Hand ausgeführt werden müsse und die rechte Hand nur als Haltehand eingesetzt werden könne. Wegen der Hüftaffektion sei auch eine Tätigkeit mit langem Stehen und Gehen nicht möglich. Mit einem Infekt freien Intervall von etwa zwei Jahren nach Abheilen der Sepsis könne eine Neubeurteilung erfolgen und bei Infekt freiem Zustand die Hüft- und Schulterarthrose operiert werden. Arbeiten mit körperlicher Belastung würden aber auch dann nicht möglich sein.

6.1.3 Mit Stellungnahme vom 31. März 2015 (IV-Nr. 95) führte Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats FMH, RAD, ergänzend aus, die Schulterproblematik scheine die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gipser bereits seit dem Jahre 2012 beeinträchtigt zu haben. Es bestünden einzelne Arztdokumente dazu (28. Februar 2012 Schulterkontusion mit Claviculafraktur rechts nach Velosturz; 28. Juni 2012 Dr. G.\_\_\_\_ Zeugnis «Wegen einer Schultergelenkerkrankung links ist er vermindert körperlich belastbar»; 21. Mai 2013 / 5. Januar 2015 Dr. H.\_\_\_\_ AUF 100 % ab Ende Januar / 23. Januar 2013 wegen Schulterbeschwerden links). Die rechte Schulter sei im Jahr 2012 unfallbedingt erwähnt worden. Diese Schulter werde dann in den weiteren Akten erst im Juni 2013 B.\_\_\_\_, PD Dr. C.\_\_\_\_, wegen Clavicula-Pseudarthrose erwähnt. Die linke Schulter werde erstmals erwähnt im AUF-Zeugnis ab 23. Januar 2013. Dann werde eine orthopädische Untersuchung im März 2013 wegen dieser Schulter durchgeführt. Im Juni 2013 orthopädische Untersuchung im B.\_\_\_\_ PD Dr. C.\_\_\_\_. Es sei deshalb abzunehmen, dass ab Anfang 2013 als Gipser eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe.

6.2 In der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 28. August 2024 (A.S. 1 ff.) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2023 (Fachrichtungen: Allgemeine Medizin, Orthopädie, Pneumologie und Psychiatrie; IV-Nr. 136.1), dessen Beweiswert nachfolgend zu prüfen ist:

6.2.1 Im orthopädischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 136.1, S. 13) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Der Gutachter stützte seine Diagnosestellung auf eine eingehende Befunderhebung (s. IV-Nr. 136.1; S. 18 ff.) und leitete die gestellten Diagnosen nachvollziehbar her. Diesbezüglich führte der Gutachter aus, von orthopädischer-traumatologischer Seite könne eine erhebliche Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit festgestellt werden. An der Hüfte links sei 2017 aufgrund einer Femurkopfnekrose eine zementierte Hüft-Totalendoprothese implantiert worden. Der Eingriff sei komplikationsfrei verlaufen, aber postoperativ seien belastungsabhängige Schmerzen im Sinne einer Trochanterdynie verblieben. Diesbezüglich komme es bei Gehstrecken >150 m und bei direktem, verstärkten Druck zu lokalen Beschwerden. In der sitzenden Position und ohne eine verstärkte Beanspruchung träten keine Schmerzen auf. Bildgebend zeige sich eine unauffällige Implantatlage.

An der Schulter links bestünden chronische Schmerzen, welche sich bei Belastung verstärkten. Im August 2013 sei aufgrund einer bekannten Omarthrose ein arthroskopischer

Eingriff (Debridement, Synovektomie, Entnahme mikrobiologischer Proben, Evaluierung) durchgeführt worden. Im Oktober 2013 komme es zur Entwicklung eines lokalen Infektes (nekrotisierendem Faszitis am Oberarm) mit sekundärer septischer Beteiligung mehrerer Gelenke inklusive der Schulter links, weshalb insgesamt 4 operative Eingriffe mit einer zuletzt notwendigen, plastisch-chirurgischen Deckung am Oberarm habe durchgeführt werden müssen. Bei der jetzigen Untersuchung zeige sich eine deutliche, schmerzhaft bewegungseinschränkung in allen Ebenen und anhand der bildgebenden Arthrose Kellgren Grad 4 seien auch chronische Beschwerden nachvollziehbar. Die chronischen Schmerzen im Bereich des Handgelenks und der Handwurzelknochen rechts, welche sich anamnestic bei Belastung verstärkten, könnten schlüssig der fortgeschrittenen, radiokarpalen Arthrose sowie der Nekrose des Mondbeins und der Abnützungen im Bereich der gesamten Handwurzelknochen nach einem septischen Infekt 10/2013 mit mehrfachen operativen Eingriffen zugeordnet werden. Bei der Untersuchung zeige sich die aktive Beweglichkeit schmerzhaft eingeschränkt. Fixierte Haltungen und der Versuch sich abzustützen, führten anamnestic zu einer Zunahme der Beschwerden. Am Sprunggelenk rechts träten belastungsabhängige Schmerzen auf, welche eine Folge der ausgedehnten, osteochondralen Schädigung (OD) des Sprungbeins mit einer sekundären OSG-Arthrose Kellgren Grad 2 seien. Bei der Untersuchung zeige sich eine endlagig schmerzhaft bewegungseinschränkung mit Krepitationen bei der Funktionsprüfung. Die endlagig schmerzhaft bewegungseinschränkung bei der umwendenden Bewegung des Kopfes nach rechts bestehe anamnestic seit einem Auffahrunfall vor ca. 1.5 Monaten. Bei der jetzigen Untersuchung zeige sich eine druckschmerzhaft Verspannung der Nackenmuskulatur rechts und bildgebend eine vermehrte Streckhaltung mit beginnenden Abnützungen. An der Lendenwirbelsäule träten bei verstärktem, direktem Druck und bei der endlagigen Seitneigung des Oberkörpers leichte Beschwerden ohne Hinweis auf eine periphere radikuläre Symptomatik oder sensomotorische Ausfälle auf. Bildgebend zeige sich eine kurzstreckige, linkskonvexe, skoliotische Fehllhaltung mit beginnenden Abnützungen ohne Anzeichen einer dynamischen Instabilität. Die Beschwerden am Kniegelenk rechts beim Knien und anschliessendem Aufstehen seien am ehesten auf das Residuum eines abgelaufenen Morbus Osgood-Schlatter mit einer Ossifikation im Bereich der Tuberositas tibiae und Status nach dem operativen Eingriff einer septischen Bursitis 10/2013 zuzuschreiben. Bei der klinischen Untersuchung fühle sich der Beschwerdeführer beim Aufrichten aus der tiefen Hocke eingeschränkt, aber Schmerzen seien nicht angegeben worden.

Auf dieser Basis vermag auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Diesbezüglich führte der Gutachter aus, aufgrund der teilweise fortgeschrittenen Abnützungen am Bewegungsapparat mit den entsprechenden chronischen Beschwerden, welche sich erfahrungsgemäss und anhand des aktuellen Wissensstandes aufgrund von kumulativen Faktoren im Tagesverlauf auch bei leichter körperlicher Belastung verstärkten, seien schwere und mittelschwere Berufe nicht mehr möglich und zumutbar. In der bisherigen Tätigkeit als Gipser bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Da alle vier Extremitäten (beide Beine und beide Arme) eine schmerzhaft funktionseinschränkung aufwiesen, könne eine leidensadaptierte Tätigkeit (körperlich leichte, wechselbelastende) neben der selbstständigen Bewältigung des Alltags nur noch in einem halbtägigen Pensum ausgeübt werden. In einer angepassten Tätigkeit könne von folgendem Verlauf der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden: Bis Januar 2017 40 % Arbeitsfähigkeit; Februar ■ Mai 2017 0 % Arbeitsfähigkeit; seit Juni 2017 50 %

Arbeitsfähigkeit. Sodann bejahte der Gutachter die Frage, ob gegenüber 2015 eine Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit, insbesondere nach TEP-Implantation vorliege, und legte zur Begründung einleuchtend dar, durch die Implantation einer zementierten Hüfttotalendoprothese links 2017 habe eine gewisse Verbesserung erreicht werden können, aber es bestünden bedauerlicherweise nach wie vor belastungsabhängige Schmerzen. Weiter hielt der Gutachter fest, es sei erwartungsgemäss zu einer Zunahme der degenerativ und postinfektiös bedingten Abnützungen der Schulter links, des Handgelenks/der Hand rechts gekommen. Zudem habe sich noch eine Knochen-Knorpelschädigung am Sprunggelenk rechts entwickelt. Allerdings habe diesbezüglich durch die Implantation einer Hüfttotalendoprothese links 2017 auch eine gewisse Stabilisierung erreicht werden können. Der angestammte Beruf als Gipser sei aktuell und auch in Zukunft nicht mehr möglich und zumutbar. Aufgrund einer gewissen Stabilisierung in Bezug auf die Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit in überwiegend sitzender Haltung sei es im Verlauf zu einer leichten Steigerung der Arbeitsfähigkeit gekommen.

Die vom Beschwerdeführer gegen das orthopädische Teilgutachten pauschal vorgebrachten Rüge, wonach der Gutachter die orthopädischen Einschränkungen nicht adäquat berücksichtigt habe, sind nicht nachvollziehbar und vermögen dessen Beweiswert nicht zu vermindern. Wie vorstehend dargelegt stützte der Gutachter seine Diagnosestellung auf eine eingehende Befunderhebung (s. IV-Nr. 136.1; S. 18 ff.) und leitete die Diagnosen nachvollziehbar her. Im Übrigen vermag auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. Somit kann auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ abgestellt werden.

6.2.2 Im internistischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 136.1, S. 29) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Der internistische Gutachter hielt zur Beurteilung fest, allgemein-internistisch von Belang sei ein Status nach Hepatitis B im Alter von 15 Jahren 1990, bisher ohne bekannte Folgen. Eine später entdeckte Hepatitis C sei vor vier Jahren in der Ambulanz des B.\_\_\_\_ antiviral behandelt und geheilt worden. Trotz mässigem Nikotinabusus von 10 Zigaretten pro Tag und regelmässigem Rauchen von Haschisch abends würden Symptome einer Raucherbronchitis verneint. Früher habe ein deutlich höherer Nikotinkonsum vorgelegen. Die Diagnosen ergäben sich aus den Berichten: 1990 im Alter von 15 Jahren im Rahmen eines intravenösen Heroinkonsums sei es zu Hepatitis B mit Gelbsucht und dreiwöchigem Spitalaufenthalt gekommen, danach keine Probleme. Später sei eine Hepatitis C diagnostiziert und vor vier Jahren an der Ambulanz des B.\_\_\_\_ erfolgreich antiviral behandelt worden. Die pulmonale Situation nach Pleuraempyem und operativem Debridement werde pneumologisch beurteilt. Wie orthopädisch festgehalten, lägen die Ressourcen im Ausüben einer körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit mit reduziertem Pensum. Allgemein-internistisch bestünden keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit und es hätten auch rückblickend nie wesentliche Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestanden. Diese Beurteilung vermag im Lichte der erhobenen Befunde zu überzeugen. Der Beschwerdeführer rügt diesbezüglich lediglich pauschal, im internistischen Gutachten seien die körperlichen, funktionellen und psychosozialen Aspekte

nicht vertieft abgeklärt worden. Eine konkrete Begründung seiner Rüge bringt der Beschwerdeführer jedoch nicht vor. Es sind denn auch keine Hinweise dafür ersichtlich, dass der Beschwerdeführer aus internistischer Sicht nicht lege artis begutachtet worden wäre. Auf das beweismässige internistische Teilgutachten der D. \_\_\_ ist somit abzustellen.

6.2.3 Im psychiatrischen Teilgutachten der D. \_\_\_ (IV-Nr. 136.1, S. 36) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Der Gutachter stützte seine Diagnosestellung auf eine eingehende Befunderhebung und setzte sich eingehend mit den möglichen sowie den von ihm gestellten Diagnosen auseinander. Zur Begründung führte der Gutachter aus, der Versicherte gebe Schmerzen im Bereich des rechten Handgelenkes, der linken Schulter, der linken Hüfte und des rechten Sprunggelenkes an. Die Schmerzen seien von den somatischen Belastungen und eventuell auch noch vom Wetter abhängig, hingen aber nicht von der psychischen Verfassung ab. Es gehe dem Versicherten auch nicht psychisch schlechter, weil er Schmerzen habe. Er leide auch nicht an psychischen Problemen. Für die Schmerzen seien in den Akten verschiedene somatische Diagnosen gestellt worden, aber keine psychiatrischen Diagnosen. Die Schmerzen seien gemäss den somatischen Gutachtern auch ausreichend somatisch erklärbar und hätten daher auch keine psychiatrischen Ursachen. Es seien somit für die Schmerzen keine psychiatrischen Diagnosen zu stellen. Sodann habe der Versicherte gesagt, dass er keine psychischen Probleme habe und auch früher nicht gehabt habe. Er habe auch keine psychischen Probleme gehabt, als er noch Drogen und Medikamente, die abhängig machen könnten, eingenommen habe. Beim Versicherten seien ausser Diagnosen im Zusammenhang mit Drogen und Medikamenten in den Akten noch andere psychiatrische Diagnosen beschrieben worden. Der Psychiater Dr. I. \_\_\_ aus [...] habe am 4. Februar 2013 die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit passiv aggressiven und abhängigen Zügen gestellt. Im Austrittsbericht der J. \_\_\_ vom 22. Dezember 2013 seien verschiedene somatische Diagnosen beschrieben worden. Es sei aber auch noch ein Status nach einem i.v. Drogenabusus, aktuell im Methadonprogramm 30 mg/Tag, erwähnt worden. Es seien aber keine anderen psychiatrischen Diagnosen beschrieben worden. Im Austrittsbericht der K. \_\_\_ vom 26. April 2014 seien Störungen durch einen multiplen Substanzgebrauch und sonstige psychotrope Substanzen, Abhängigkeitssyndrom, erwähnt worden. Es seien aber keine anderen psychiatrischen Diagnosen aufgeführt worden. Der psychopathologische Befund sei normal gewesen. Er, der psychiatrische Gutachter der D. \_\_\_, habe beim Versicherten keine depressiven Symptome feststellen können. Der Beschwerdeführer habe auch keine Konzentrationsprobleme gehabt. Der Versicherte erfülle keines der drei Hauptkriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss dem ICD-10. Die Stimmung sei ausgeglichen. Der Antrieb sei normal. Der Versicherte sei im Privatleben relativ aktiv. Er führe diejenigen Arbeiten durch, die er aus somatischer Sicht noch verrichten könne. Der Versicherte führe auch den Haushalt alleine. Er fahre Velo und koche gerne. Es gäbe keine Hinweise für eine Freudlosigkeit und Interesselosigkeit. Der Versicherte sei ledig. Er habe keine Freundin. Er habe bisher noch keine Kinder. Der Kontakt zur Familie sei gut. Er pflege einen guten Kontakt zu den Eltern, die geschieden seien. Er habe einige Kolleginnen und Kollegen. Er sage, dass er ein Einzelgänger sei, aber gelegentlich gerne mit anderen Menschen zusammen sei. Von den weiteren Kriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10

erfülle er diejenigen von Ein- und Durchschlafstörungen. Der Versicherte sage, dass er wegen den Schmerzen manchmal nicht so gut ein- und durchschlafen könne. Damit erfülle er insgesamt keines der drei Hauptkriterien zur Stellung der Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10 und eines der weiteren Kriterien zur Stellung einer solchen Diagnose gemäss dem ICD-10. Die Ein- und Durchschlafstörungen seien aber durch die Schmerzen verursacht worden und nicht durch depressive Symptome. Anhand der Angaben in den Akten bestünden zudem keine Hinweise dafür, dass der Versicherte früher einmal eine depressive Episode gehabt habe. Des Weiteren habe der Versicherte bei der Untersuchung keine psychischen Symptome gehabt, die nur durch eine frühere oder eine aktuelle Einnahme von Alkohol verursacht sein könnten. Weil das CDT-IVCC oberhalb des Normbereiches gelegen sei, sei es am ehesten wahrscheinlich, dass der Versicherte auch aktuell regelmässig grössere Mengen Alkohol konsumiere. Weil er während vielen Jahren regelmässig grössere Mengen Alkohol getrunken habe, bestehe zumindest ein schädlicher Gebrauch von Alkohol. Sodann sage der Versicherte, dass er im Alter von etwa 14 Jahren bis zum Jahr 2013, und zwar zum Zeitpunkt der Sepsis, regelmässig Heroin und Kokain eingenommen habe. Er habe von 1990 bis 2013 Methadon erhalten. Ausserdem habe er in dieser Zeit auch noch gleichzeitig das Heroin eingenommen. Zudem habe er früher manchmal noch das LSD und Ecstasy eingenommen. Der Versicherte habe bei der Untersuchung keine psychischen Symptome gehabt, die nur durch eine frühere oder eine aktuelle Einnahme von Drogen verursacht sein könnten. Das THC sei im Substanzscreening positiv gewesen. Alle anderen bestimmten Drogen und Medikamente stellten sich im Substanzscreening negativ dar. Anhand des Substanzscreenings könne gesagt werden, dass der Versicherte weiterhin Cannabis einnehme. Somit sei die Diagnose von Störungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch, gegenwärtiger Substanzgebrauch, zu stellen. Der Versicherte habe durch die aktuelle Einnahme von Cannabis und die frühere Einnahme von Heroin, Kokain und Methadon aber keine psychischen Symptome entwickelt, die aktuell bestünden. Er habe auch keine depressiven Symptome und keine Konzentrationsprobleme. Das Verhalten sei normal. Weil der Versicherte früher regelmässig Dormicum und Rohypnol eingenommen habe, bestehe bei ihm ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen. Es gebe aber keine Hinweise dafür, dass er ein Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen haben könnte. Sodann habe der Psychiater, Dr. I.\_\_\_\_, [...], am 4. Februar 2013 die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit passiv aggressiven und abhängigen Zügen gestellt. In weiteren Berichten seien keine akzentuierten Persönlichkeitszüge und auch keine Persönlichkeitsstörungen mehr beschrieben worden. In der aktuellen Untersuchung hätten keine Hinweise bestanden, dass der Versicherte akzentuierte Persönlichkeitszüge oder eine Persönlichkeitsstörung haben könnte. Er habe auch keine akzentuierten passiv aggressiven und abhängigen Persönlichkeitszüge und keine entsprechenden Persönlichkeitsstörungen. Das Berufsleben des Versicherten sei aus psychiatrischer Sicht weitgehend normal gewesen. Er sei trotz der langjährigen Einnahme von grösseren Mengen Alkohol, verschiedenen Drogen und Medikamenten, die abhängig machen könnten, fähig gewesen, eine Ausbildung als Gipser zu absolvieren und abzuschliessen und habe nach der Ausbildung bis im Jahr 2013 an verschiedenen Arbeitsstellen als Gipser gearbeitet. Es bestünden keine Hinweise dafür, dass der Versicherte bei den früheren Arbeitsstellen jemals grössere Probleme mit anderen Menschen gehabt habe. Das Privatleben sei aus psychiatrischer Sicht normal gewesen. Es bestünden auch keine Hinweise dafür, dass sich die Persönlichkeit des Versicherten durch die frühere Einnahme von Alkohol, verschiedenen Drogen und Medikamenten, die

abhängig machen könnten oder auch durch die Sepsis verändert haben könnte. Der Versicherte habe zudem keine akzentuierten Persönlichkeitszüge und weise keine Persönlichkeitsstörungen auf.

Schliesslich begründete der Gutachter seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einleuchtend und führte aus, der Versicherte dürfe wegen der aktuellen Einnahme von Alkohol und Cannabis nicht Autofahren. Die Fahreignung sei auch für das private Autofahren nicht gegeben. Der Versicherte sollte wegen der aktuellen Einnahme von Alkohol und Cannabis möglichst keine Tätigkeiten durchführen, bei denen er etwas mit Alkohol oder mit Cannabis zu tun habe. Der Versicherte sollte ausserdem wegen der früheren Einnahme von Alkohol, verschiedenen Drogen und Medikamenten, die abhängig machen könnten, möglichst keine Tätigkeiten durchführen, bei denen er etwas mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten, die abhängig machen könnten, zu tun habe. Er sollte möglichst keine Tätigkeiten durchführen, bei denen ein einziger Fehler dazu führen könne, dass er sich selber oder andere Menschen gefährden könne. Der Versicherte sollte zudem möglichst keine Tätigkeiten durchführen, bei denen er eine Verantwortung für andere Menschen habe. Die Arbeitsfähigkeit sei seit dem 15. Oktober 2015 für alle angepassten Tätigkeiten nicht eingeschränkt. Die qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, die durch die aktuelle Einnahme von Alkohol verursacht worden seien, bestünden zumindest seit dem 12. April 2023. Die qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, die durch die aktuelle Einnahme von Cannabis verursacht worden seien, bestünden zumindest seit dem 15. Oktober 2015.

Im Lichte dieses beweiswertigen fachärztlichen Gutachtens, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit im Gutachtenszeitpunkt in überzeugender Weise verneint, kann diesbezüglich auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

Am Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens vermögen schliesslich auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Insofern er geltend macht, im Gutachten seien die posttraumatischen Belastungen nicht thematisiert worden, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gegenüber dem Gutachter keine solche Belastungen erwähnt hat. Insofern der Beschwerdeführer damit auf die in den Akten erwähnten Gewalterfahrungen durch seinen Vater hinweisen will (vgl. IV-Nr. 21, S. 2), ist anzumerken, dass daraus in den Berichten der psychiatrischen Behandler ebenfalls keine psychiatrischen Diagnosen abgeleitet wurden. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass der psychiatrische Gutachter eine eingehende und gründliche Exploration der anamnestischen Angaben und der psychiatrischen Vorakten vorgenommen hat. Weiter rügt der Beschwerdeführer, es seien keine Testungen vorgenommen worden. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass Testergebnissen beim Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen wird, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (Urteil des Bundesgerichts I 391/06 vom 9. August 2006 E. 3.2.2, in: SVR 2001 IV Nr. 10 S. 28; 9C\_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen). Deshalb kann allein aus dem Verzicht des begutachtenden Facharztes auf die Durchführung psychologischer Tests nicht zwingend auf einen fehlenden Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens geschlossen werden (vgl. Urteil 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.2 mit Hinweis). Des Weiteren rügt der Beschwerdeführer, die Aussage im psychiatrischen Gutachten, wonach es in der Familie des Beschwerdeführers keine psychiatrischen Erkrankungen gebe, stehe im Widerspruch zu den vorliegenden Akten, die

eindeutig auf psychiatrische Belastungen in der Familie hinwies. Dem ist entgegenzuhalten, dass einzig der Vater des Beschwerdeführers in seinem Schreiben vom 25. September 2024 (IV-Nr. 153, S. 10) darauf hinwies, dass die Mutter des Beschwerdeführers im L. \_\_\_ eine Therapie absolviert habe. In den psychiatrischen Vorakten gibt es hierzu jedoch keine weiterführenden Hinweise. Schliesslich macht der Beschwerdeführer geltend, der Rückzugsfaktor, der im orthopädischen Gutachten festgestellt worden sei, sei vom psychiatrischen Gutachter vollständig ignoriert worden. Dem ist entgegenzuhalten, dass der orthopädische Gutachter lediglich festhielt, es sei eine gewisse Rückzugstendenz zu erahnen. Der psychiatrische Gutachter setzte sich in seinem Gutachten ausführlich mit den Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers auseinander und führte aus, der Versicherte sei im Privatleben relativ aktiv, er fahre auch Velo und koche auch gerne. Der Kontakt zur Familie sei gut. Er pflege auch einen guten Kontakt zu den Eltern, die geschieden seien. Er habe auch einige Kolleginnen und Kollegen. Er sage, dass er ein Einzelgänger sei, aber gelegentlich auch gerne mit anderen Menschen zusammen sei. Gestützt auf diese Ausführungen ist demnach ein ausgeprägter Rückzug zu verneinen.

Zusammenfassend ist somit auf das beweiswertige psychiatrische Teilgutachten der D. \_\_\_ abzustellen.

6.2.4 Im pneumologischen Teilgutachten der D. \_\_\_ (IV-Nr. 136.1, S. 58) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Sodann führte der Gutachter zur Begründung an, im Jahr 2013 sei es im Gefolge einer bakteriellen Polyarthrititis mit Ausgangspunkt linke Schulter zu einer Sepsis mit Streptokokken der Gruppe A gekommen. Es sei zu einer Pneumonie rechts mit Pleuraempyem und Thoraxdrainage gekommen. Bei gutem Verlauf sei der Versicherte am 18. Oktober 2013 extubiert und verlegt worden. Danach sei es zu einer akuten respiratorischen Verschlechterung mit beidseitigen Lungeninfiltraten gekommen und am 19. Oktober 2013 sei der Versicherte bei Verdacht auf ARDS reintubiert worden. Bereits am 21. Oktober 2013 habe sich die respiratorische Situation stabilisiert und der Versicherte habe bleibend extubiert werden können. Die Sepsis sei damals unter Kontrolle gewesen. Weitere pneumologische Probleme/Befunde/Berichte seien nicht aktenkundig. Gemäss den Angaben des Beschwerdeführers habe er sich von den Lungenproblemen im Jahre 2013 ordentlich erholt. Am heutigen Tag klage er neben einer Bronchitis über Atemnot bei grösseren Anstrengungen, aber das komme wohl vom Rauchen. Weiter hielt der Gutachter fest, die mannigfaltigen und insbesondere somatischen Probleme tangierten die Pneumologie nicht. Es werde auf die anderen, insbesondere rheumatologischen/orthopädischen Gutachten hingewiesen. Am heutigen Tag könne pulmonal von einer Restitutio ad integrum gesprochen werden. Der Versicherte rauche und kiffe. Eine COPD könne aktuell aber ausgeschlossen werden. Gestützt auf die vorstehenden Ausführungen und die gutachterliche Befunderhebung vermag schliesslich auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen, wonach der Versicherte aus pneumologischer Sicht sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Gipser als auch in jeder anderweitigen zumutbaren Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei.

Auf das beweiswertige pneumologische Teilgutachten der D. \_\_\_ kann somit abgestellt werden. Daran vermögen auch die Rügen des Beschwerdeführers nichts zu ändern. Der

Beschwerdeführer macht in diesem Zusammenhang geltend, gemäss dem Gutachter sei der Beschwerdeführer seit der schweren septischen Polyarthrititis mit nachfolgender Pneumonie und ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) pneumologisch nicht mehr evaluiert worden seien. Diese Erkrankungen seien jedoch von erheblicher Bedeutung für die Beurteilung des aktuellen pneumologischen Gesundheitszustands. Es sei nicht nachvollziehbar, warum keine weiteren Abklärungen hierzu durchgeführt worden seien, obwohl diese zwingend erforderlich gewesen wären. Diese Vorbringen des Beschwerdeführers sind jedoch nicht nachvollziehbar. So wurde der Beschwerdeführer anlässlich der pneumologischen Begutachtung eingehend pneumologisch evaluiert. Dass ansonsten vorher und seit der erlittenen Sepsis im Jahr 2013 keine pneumologischen Abklärungen stattgefunden haben, kann selbstredend weder dem Gutachter angelastet werden, noch spricht dies gegen den Beweiswert des Gutachtens.

6.2.5 Gestützt auf die beweiswertigen Teilgutachten kann schliesslich auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten der D. \_\_\_ vom 11. Mai 2023 (IV-Nr. 136.1, S. 1) abgestellt werden: Die vollständige Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf (Gipser) und die auch relevante Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei der Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit begründe sich auf die teils fortgeschrittenen, septisch und degenerativ bedingten Schäden am Bewegungsapparat, welche alle vier Extremitäten betreffen. Aufgrund dessen sei die Mobilität und körperliche Belastbarkeit erheblich eingeschränkt und erfahrungsgemäss sowie anhand des aktuellen Wissensstandes komme es im Tagesverlauf aufgrund kumulativer Faktoren auch bei einer leichten beruflichen Belastung zu einer Zunahme der chronischen Schmerzen. In der bisherigen Tätigkeit als Gipser sei der Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht nicht mehr arbeitsfähig. Eine angepasste körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit in überwiegend sitzender Haltung sei dem Beschwerdeführer in einem 50%-Pensum möglich und zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit sei von folgendem Verlauf der Arbeitsfähigkeit auszugehen: Bis Januar 2017 40 % Arbeitsfähigkeit; Februar ■ Mai 2017 0 % Arbeitsfähigkeit; seit Juni 2017 50 % Arbeitsfähigkeit. In Bezug auf die Ausübung einer leidensadaptierten Tätigkeit bestehe zwar weiterhin eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber durch die Implantation einer Hüfttotalendoprothese 2017 sei es zu einer gewissen Stabilisierung gekommen und deshalb könne inzwischen eine körperlich leichte Tätigkeit in einer überwiegend sitzenden Haltung halbtägig ausgeübt werden.

7. Gestützt auf das beweiswertige Gutachten der D. \_\_\_ ist es somit erstellt, dass es beim Beschwerdeführer seit der letzten Rentenverfügung vom 15. Oktober 2015 zu einer revisionsrelevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes und zu einer leichten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Demnach hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 28. August 2024 zu Recht eine Neuberechnung des Invaliditätsgrades vorgenommen. Der darin getätigte Einkommensvergleich ist unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

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

8.1 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 8 hiervor).

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

Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat am 12. Februar 2025 eine Kostennote eingereicht, worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'099.90 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt für den ab 1. Januar 2023 angefallenen Aufwand CHF 190.00 (gemäss Entscheid der Gerichtsverwaltungscommission vom 19. Dezember 2022). In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 2'006.00 festzusetzen (9.51 Stunden zu CHF 190.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 616.85 (Differenz zum vollen Honorar von [9.51 Stunden zu CHF 250.00 + Auslagen + MwSt. = CHF 2'622.85; - CHF 2'006.00]), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 250.00 (gemäss Entscheid der Gerichtsverwaltungscommission vom 19. Dezember 2022) festgesetzt, wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör des Beschwerdeführers, der sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

Der Unterschied zur eingereichten Kostennote ergibt sich unter anderem daraus, dass für die unentgeltliche Rechtspflege, wie vorgehend festgehalten, ein Stundenansatz von CHF 190.00 gilt. Zudem sind verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: So stellen mehrere Positionen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien bzw. Kurzbriefe an den Klienten sowie die Einreichung der Kostennote), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird.

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

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Alina Arul, [...], wird auf CHF 2'006.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 616.85, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

## Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Isch

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