



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 10. Oktober 2024 (720 24 5 / 720 24 69)

Invalidenversicherung

Auf das beweiskräftige Verwaltungsgutachten kann abgestellt werden; Beurteilung des retrospektiven Verlaufs der Arbeitsfähigkeit; Festlegung des Valideneinkommens anhand des zuletzt erzielten Verdiensts.

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Gerichtsschreiberin Katja Wagner

Parteien **A.** _____ Beschwerdeführer, vertreten durch Jürg Tschopp, Advokat, Simonius & Partner, Aeschenvorstadt 67, Postfach, 4010 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen,
Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A.a Der 1971 geborene A. _____ erlitt am 24. Februar 2006 einen Unfall, wobei er sich eine Schulterluxation rechts zuzog. Nachdem er bereits ab 10. April 2006 wieder vollständig arbeitsfähig gewesen war, meldete er dem zuständigen Unfallversicherer im Juni 2012 einen Rückfall. Im August 2015 kam es zu einem weiteren Rückfall. Die Vaudoise Allgemeine Versicherungsgesellschaft AG richtete für beide Rückfälle die gesetzlichen Leistungen aus. Mit Verfügung

vom 13. Mai 2016 bzw. Einspracheentscheid vom 6. Dezember 2016 wurde eine weitere Kostenübernahme schliesslich abgelehnt. Die dagegen erhobene Beschwerde hiess das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), mit Entscheid vom 8. Juni 2017 (Verfahren-Nr. 725 17 19 / 149) insofern gut, als es die Angelegenheit in Aufhebung des angefochtenen Einspracheentscheids zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vaudoise zurückwies. Mit Einspracheentscheid vom 24. September 2019 wurde ein weiterer Leistungsanspruch erneut abgelehnt. Die dagegen geführte Beschwerde wies das Kantonsgericht mit Urteil vom 23. April 2020 (Verfahren-Nr. 725 19 346 / 72) ab.

A.b Bereits am 29. Juni 2016 meldete sich A._____ unter Hinweis auf eine Fraktur der Querfortsätze der Lendenwirbelkreuze (1994) sowie die rechte Schulterluxation (2006) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nach Abklärung der erwerblichen und gesundheitlichen Verhältnisse sprach die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) dem Versicherten mit Verfügung vom 16. November 2023 rückwirkend für die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis 28. Februar 2018 eine ganze Invalidenrente und ab 1. März 2018 eine Viertelsrente der Invalidenversicherung zu. Mit Berechnungsverfügung vom 5. März 2024 veranlasste sie die Nachzahlung der Rentenleistungen für die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis 30. November 2023.

B. Gegen beide Verfügungen erhob der Versicherte, vertreten durch Jürg Tschopp, Advokat, jeweils mit Eingabe vom 5. Januar 2024 und 13. März 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht. Darin beantragte er, die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, ihm die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen und ihm seit November 2017 mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht ersuchte er um unentgeltliche Prozessführung und Verbeiständung mit Advokat Tschopp als Rechtsvertreter. Zur Begründung führte er im Wesentlichen an, dass die Behandler in Abweichung zu den gutachterlichen Feststellungen von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgehen würden. Ferner seien seine geringen kognitiven Ressourcen nicht berücksichtigt worden, welche sich sowohl bei der Krankheitsbewältigung als auch der Art der zumutbaren Tätigkeit auswirken würden. In erwerblicher Hinsicht wurde geltend gemacht, dass das Valideneinkommen anhand des zuletzt erzielten Verdiensts festzulegen und ferner ein leidensbedingter Abzug von 15% zu berücksichtigen sei.

C. Mit prozessleitender Verfügung vom 9. Januar 2024 bewilligte der instruierende Präsident dem Beschwerdeführer im Verfahren 720 24 5 die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Tschopp als Rechtsvertreter.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 1. Februar 2024 schloss die IV-Stelle unter Hinweis auf eine Stellungnahme ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 16. Januar 2024 auf Abweisung der Beschwerde.

E. Mit Verfügung vom 18. März 2024 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokat Tschopp als Rechtsvertreter auch im Verfahren 720 24 69 bewilligt.

F. Mit Vernehmlassung vom 9. April 2024 (Verfahren-Nr. 720 24 69) verwies die IV-Stelle im Wesentlichen auf ihre Ausführungen in der Vernehmlassung vom 1. Februar 2024 (Verfahren-Nr. 720 24 5).

G. Mit Verfügung des Kantonsgerichts vom 17. April 2024 wurden beide Verfahren vereinigt und die Angelegenheit dem Gericht zur Beurteilung überwiesen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Auf die beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 ist die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft getreten. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, begründet diese aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022, sind hingegen die Bestimmungen des IVG und der IVV sowie diejenigen des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung massgebend (KSIR, Rz. 9101; vgl. auch Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig und zu prüfen ist die ab 1. März 2018 zugesprochene Viertelsrente.

3.1 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), die während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

3.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). Zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen wird der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 465 E. 4.7).

5.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung stehen indessen insbesondere die nachfolgenden medizinischen Unterlagen:

5.2 Nach Eingang der Anmeldung zog die IV-Stelle unter anderem die das Unfallereignis des Versicherten vom 24. Februar 2006 betreffenden Akten der Unfallversicherung bei. Daraus lässt sich im Wesentlichen entnehmen, dass sich der Versicherte am 24. Februar 2006 eine Schulterluxation rechts zugezogen hatte. Im Zusammenhang mit dem Rückfall 2012 ergab eine am 21. Mai 2012 durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRT) eine vollständige, teils retrahierte Supraspinatussehnenruptur. Hierauf erfolgten am 20. Juni 2012 arthroskopisch eine Rekonstruktion sowie eine Bursektomie und nach entsprechender Rehabilitation war der Versicherte ab 1. Dezember 2012 wieder voll arbeitsfähig. Im Zuge des Rückfalls 2015 wurden eine Scapuladyskinesie rechts und eine Bursitis subacromialis rechts diagnostiziert, woraufhin am 20. November 2015 eine Arthroskopie der rechten Schulter durchgeführt wurde. Aufgrund einer rezidivierenden Bursitis subacromialis und persistierender Beschwerden erfolgte am 18. Juli 2016 eine weitere Schulterarthroskopie (vgl. IV-act. 74, S. 7 ff.). Infolge Beschwerdepersistenz und der residuellen Bursitis subacromialis wurde am 24. Februar 2017 ein weiterer operativer Eingriff durchgeführt (vgl. IV-act. 87, S. 8 f.). In der Folge wurden jedoch nach wie vor ein Druckgefühl in der Schulter bei Bewegung sowie eine gewisse Kraftlosigkeit erhoben (vgl. statt vieler der Bericht von Dr. med. B.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 8. Februar 2018, IV-act. 106, S. 3).

5.3 In einem Bericht der Klinik C._____ vom 6. Mai 2021 wurden eine leichte kognitive Störung mit erhöhter Ermüdbarkeit, eine rezidivierende depressive Störung sowie ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen festgehalten, dass die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung erhobenen Befunde als leichte kognitive Störung mit erhöhter Ermüdbarkeit zu beurteilen seien. Hinweise auf eine Intelligenzminderung hätten sich keine ergeben. Klinisch wirke der Patient ferner angestrengt, etwas bedrückt und leicht reduziert schwingungsfähig. Die Kriterien für eine mittelschwere bis schwere depressive Episode seien erfüllt. Das Arbeitstempo und das Denkvermögen seien verlangsamt. Es zeige sich eine deutlich erhöhte Ermüdbarkeit. Als Ursache für die objektivizierte leichte kognitive Störung sei am ehesten die mittelschwere bis schwere depressive Episode zu sehen. Das chronische Schmerzsyndrom und die Durchschlafstörung könnten die Kognition zusätzlich negativ beeinflussen.

5.4 Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte der Versicherte unter anderem einen Bericht betreffend ein neurologisches Konsil vom 3. August 2021 der Klinik D._____ ein. Als Diagnosen wurden ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ I der rechten oberen Extremität, ein lumbales Schmerzsyndrom mit Zustand nach Querfortsatzfrakturen L1-L3 (1994) sowie beidseitige Gonalgien erhoben. Nach vier Schulteroperationen rechts leide der Patient an Dauerschmerzen in der rechten oberen Extremität mit Störung der Sensorik (Hypästhesie), der Vasomotorik (Temperaturdifferenz und Hautverfärbungen), der Sudomotorik (Schwellung und vermehrtes Schwitzen) und der Motorik. Die klinischen Kriterien für ein CRPS seien erfüllt.

5.5 Die IV-Stelle veranlasste zur Abklärung des medizinischen Sachverhalts ein polydisziplinäres Gutachten beim Zentrum für Medizinische Begutachtung (ZMB), welches am 2. Februar 2023 erstattet wurde. Darin wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ein lumbales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome an den unteren Extremitäten, eine Chondropathie am linken Knie, ein Status nach Bursitis und subacromialem Impingement an der linken Schulter (2020), chronische vordere Unterschenkelschmerzen sowie eine chronische depressive Reaktion, aktuell leicht ausgeprägt, diagnostiziert.

5.5.1 Im orthopädischen Fachgutachten wurde festgehalten, dass der Versicherte 1997 eine mediale Meniskusläsion am rechten Kniegelenk erlitten habe. Seit 1999 seien persistierende beidseitige Knieschmerzen dokumentiert, die unter anderem als unklares Schmerzsyndrom interpretiert worden seien. Aus orthopädischer Sicht könnten keine Ursachen für die Schmerzen in den Kniegelenken gefunden werden. Im Februar 2006 habe der Versicherte eine Schulterluxation erlitten, wobei er nach vier Wochen Ruhigstellung die Arbeit wieder aufgenommen habe. Erst 2012 sei die Rotatorenmanschettenruptur im Sinne einer Supraspinatussehnen- und Infraspinatussehnenruptur erhoben worden. Nachdem die Schulterbeschwerden persistiert hätten, sei eine chronische Bursitis mit einem Impingement erhoben worden. Auch nach der letzten Operation im Februar 2017 habe die Beweglichkeit nicht wesentlich verbessert werden können und es hätten nach wie vor Schmerzen bestanden. In der Folge sei dann von einem chronischen Schmerzsyndrom ausgegangen worden, welches 2021 in der Schmerzklinik als CRPS der rechten oberen Extremität mit Störung der Sensorik im Sinne einer Hypästhesie, Störung

der Vasomotorik, Temperaturdifferenz und Hautverfärbung sowie Störung der Sudomotorik (Schwellung und vermehrtes Schwitzen der rechten oberen Extremität) dokumentiert worden sei. Insgesamt müsse von einer deutlich eingeschränkten Belastbarkeit und Beweglichkeit der rechten Schulter ausgegangen werden. Insbesondere für Überkopftätigkeiten sei die rechte Schulter nicht mehr einsetzbar. Zwischenzeitlich komme es auch zu einer vermehrten Belastung der linken Schulter mit einer Bursitis und einem subacromialen Impingement. Mit konservativen Therapiemassnahmen und Stosswellenbehandlung könne aber wieder eine Verbesserung der linken Schulter erreicht werden. Ausweitend neben den Schulterschmerzen rechts komme es auch zu LWS-Beschwerden (Unfall 1994 mit Querfortsatzfrakturen L1 bis L3). Des Weiteren komme es zu HWS- und BWS-Beschwerden im Rahmen der verminderten Schultergelenkbeweglichkeit rechts. Die angegebenen Beschwerden seien vereinbar mit den Befunden und den Informationen aus der Aktenlage.

5.5.2 Im neurologischen Fachgutachten wurde zusammenfassend ausgeführt, dass insgesamt ein komplexes Beschwerdebild bei spärlichen objektiv fassbaren neurologischen Befunden bestehe. Bei schmerzhafter Einschränkung der Schultermobilität rechts und unauffälliger Muskeltrophik fänden sich deutliche Tendomyosen im Bereich der Nacken-Schultermuskulatur, während eine neurogene Läsion klinisch und elektrophysiologisch nicht nachweisbar sei. Einzelne Muskelgruppen am rechten Arm würden bedingt durch deutliche myotendinogene Befunde mit Insertionstendinosen teils schmerzbedingt vermindert innerviert. Dagegen würden sich an den oberen Extremitäten keine Hinweise auf eine zentralnervöse bzw. auf eine spinale Läsion ergeben. Ferner fänden sich mit Ausnahme eines leichten beidseitigen Karpaltunnelsyndroms, welches elektroneurographisch bestätigt werden könne, keine Zeichen einer peripheren Nervenschädigung. Die Sensibilitätsstörung global am rechten Arm und Rumpf sei topisch aufgrund ihres Charakters und Verteilungsmusters aus neurologischer Sicht nicht zuzuordnen. Zumindest die diskrete Schwellung der rechten Hand berechne isoliert nicht zur Diagnose eines CRPS, wobei diesbezüglich auch die aktuellen anamnestischen Angaben des Versicherten nur mit grossem Vorbehalt zu werten seien. Bemerkenswert sei auch die Tatsache, dass ein CRPS durch die behandelnden erfahrenen Orthopäden bisher nicht in Betracht gezogen worden sei. Entsprechend sei auch bezüglich einer epiduralen Stimulation Zurückhaltung geboten, zumal wiederholte Stellatum-Blockaden nach Angaben des Versicherten keinen spürbaren Effekt gezeigt hätten. Daneben beschreibe der Versicherte ein lumbales Schmerzsyndrom bei insgesamt geringen degenerativen Veränderungen der LWS ohne Hinweise auf eine Kompromittierung neurogener Strukturen. Radikuläre Reiz- und Ausfallsymptome seien an den unteren Extremitäten nicht nachweisbar. Weder für die geklagten Knieschmerzen noch für die rechtsbetonten belastungsabhängigen Schmerzen am Vorderfuss beidseits fände sich eine neurologische Grundlage.

Der neurologische Gutachter äusserte sich alsdann zu fallspezifischen Fragen. In Bezug auf eine allfällige Evaluierung möglicher motorischer Defizite (Paresen) bekräftigte er, dass die aktuelle neuromyographische Untersuchung ein leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits ergebe. Hingegen sei eine Ulnarisneuropathie bzw. eine infraganglionäre Schädigung sensibler Ulnarisaxome (als Hinweis auf eine proximale Läsion von Ulnarisfasern distal des Spinalganglions) nicht nachweisbar. In der untersuchten Schultermuskulatur rechts würden sich weder Hinweise

auf einen aktuellen Denervationsprozess noch auf eine ältere neurogene Läsion ergeben. Hinsichtlich der Frage nach dem Vorliegen eines CRPS bekräftigte er, dass sich zum heutigen Zeitpunkt keine entsprechenden klinischen Symptome fänden, womit die Diagnose eines CRPS I (wohl: nicht) begründet werden könne. Die aktuell isolierte, diskrete Schwellung der rechten Hand sei überwiegend wahrscheinlich durch Schonung mit Tragen einer Handgelenks- und Vorderarmbandage bedingt. Auch die aktuellen Klagen des Versicherten seien nur mit grossem Vorbehalt als Ausdruck eines CRPS zu werten. Erwähnenswert sei auch die Tatsache, dass ein CRPS durch die erfahrenen vorbehandelnden Orthopäden in der weiteren Vorgesichte nicht in Betracht gezogen worden sei.

5.5.3 Im psychiatrischen Fachgutachten wurde festgehalten, dass der Versicherte Angaben mache, welche auf Lernschwierigkeiten vor allem im sprachlichen Bereich in der Schul- und Ausbildungszeit hindeuten würden. Infolge dieser Schwierigkeiten habe der Versicherte ein Schuljahr repetieren müssen und keine Ausbildung abschliessen können. Seine begrenzte intellektuelle Begabung kompensiere er seit der Jugend regelmässig durch hohen körperlichen Einsatz, wobei er gewohnheitsmässig eigene Belastbarkeitsgrenzen übergangen sei. Dieses Muster gehe auf die Angst vor dem autoritären Vater und dessen Bestrafungen zurück, welche beim Versicherten die Wahrnehmung fixiert hätten, dass seine Bedürfnisse von geringer Bedeutung seien. Das stetige Überforderungserleben und Stress, die Erfahrung von Gewalt und emotionaler Vernachlässigung, fehlender sozialer Zugehörigkeit sowie langjähriger körperlicher Überlastung bringe ein hohes Risiko zur Entwicklung einer Schmerzstörung mit sich. Tatsächlich habe sich aufgrund des Arbeitsunfalls im Jahr 2006 und der anschliessenden Folgeverletzungen und Eingriffe inzwischen eine schwere Schmerzstörung entwickelt, die mit der depressiven Begleitsymptomatik wechselnden Schweregrads ungünstig interagiere. Infolge dieser Problematik sei der Versicherte mittelschwer bis schwer psychisch beeinträchtigt.

5.5.4 In ihrer Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass aus orthopädischer und neurologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit seit spätestens 2017 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Eine Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche Tätigkeiten sei nicht mehr möglich. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit in Wechselbelastung, ohne Einsatz der Schultergelenke überkopf, sei möglich. Es könne lediglich mit der rechten Schulter keine Überkopftätigkeit vorgenommen werden. Mit der linken Schulter bestehe eine Einschränkung bei Überkopftätigkeiten und Verrichtung von Arbeiten mit mehr als 10kg. Aufgrund der Schmerzen müsse dem Versicherten aus somatischer und psychiatrischer Sicht eine Verminderung des Rendements von 40% attestiert werden.

6.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2023 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der zumutbaren Arbeitsfähigkeit in erster Linie auf das hiervor zitierte Gutachten des ZMB vom 2. Februar 2023. Auf der Grundlage der RAD-Beurteilung vom 20. Februar 2023 (IV-act. 198) erachtete sie dem Versicherten die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit von 60% in einer leidensadaptierten Tätigkeit ab Dezember 2017 als zumutbar. Für den Zeitraum davor ging sie gestützt auf die medizinische Aktenlage davon aus, dass im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (infolge der am 18. Juli 2016 und 24. Februar 2017 erfolgten Schulteroperationen mit entsprechender

Rekonvaleszenz) keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe (vgl. zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit auch E. 6.4.2 hiernach).

6.2 Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen keine vor. Das vorstehend zitierte Gutachten ist insgesamt umfassend und die dargelegten medizinischen Zusammenhänge sowie die vorgenommenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar und überzeugend. Die Fachgutachter haben den Versicherten persönlich untersucht, eine umfassende Anamnese erhoben und gehen einlässlich auf seine Angaben und Beschwerden ein. Sie setzen sich zudem fundiert mit den bei den Akten liegenden medizinischen Berichten auseinander und begründen abweichende Einschätzungen in überzeugender Weise.

6.3 Der Beschwerdeführer beanstandet zum einen, dass im Bericht der Klinik D.____ vom 24. Mai 2023 zusätzlich ein HWS-Syndrom mit Diskopathie C3 bis 7 und leichter Spinalkanalstenose sowie Neuroforamenstenose, insbesondere leichtgradiger Neuroforamenstenose C4/5, hochgradiger Neuroforamenstenose C5/6 rechts und leicht- bis mittelgradiger Neuroforamenstenose C5/6 links, erwähnt werde. Die Behandler würden sodann von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgehen. Zum anderen seien seine geringen kognitiven Ressourcen nicht berücksichtigt worden, welche sich sowohl bei der Krankheitsbewältigung als auch der Art der zumutbaren Tätigkeit auswirken würden.

Soweit der Beschwerdeführer mit seinem Einwand andeuten möchte, dass das HWS-Syndrom nicht explizit bei den Diagnosen mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wird, so trifft dies zwar zu. Es verhält sich aber keineswegs so, dass die besagte Diagnose keine Berücksichtigung fand. Zum einen sind die früheren Berichte der Schmerzklinik und damit einhergehend auch die Diagnose eines HWS-Syndroms im Aktendossier aufgeführt (vgl. orthopädisches Fachgutachten, S. 55). Zum anderen bildete unter anderem auch die MRI der HWS vom 30. April 2021 Gegenstand der gutachterlichen Beurteilung (vgl. orthopädisches Fachgutachten, S. 62). Entscheidend ist, dass die begutachtenden Fachpersonen ihre Einschätzung in Kenntnis der gesamten Aktenlage und nach gut dokumentierter eingehender Erhebung eigener Befunde abgaben. Ferner wurde der invalidisierenden Wirkung des erhobenen Beschwerdebilds im Rahmen der Arbeitsfähigkeit vollumfänglich Rechnung getragen. Hierbei ist daran zu erinnern, dass für die Belange der Invalidenversicherung nicht die Diagnose, sondern insbesondere die sozial-praktische Auswirkung der Erkrankung, mithin die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, massgebend ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C_184/2019, E. 4.2 und vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.4). Dem angerufenen Bericht der Schmerzklinik vom 24. Mai 2023 lassen sich darüber hinaus keine Hinweise entnehmen, die Zweifel an den gutachterlichen Feststellungen zu begründen vermöchten. Entgegen dem Dafürhalten des Beschwerdeführers fanden ferner auch seine geringen kognitiven Ressourcen Eingang in die Begutachtung. Im neurologischen Fachgutachten wurde festgestellt, dass sich

die leichten kognitiven Störungen insbesondere in Ermüdbarkeit äussern würden (vgl. neurologisches Fachgutachten, S. 98). Diese Schlussfolgerungen stehen im Einklang mit dem Bericht der Klinik C._____ vom 6. Mai 2021, worin die kognitiven Störungen der diagnostizierten Depression und dem Schmerzsyndrom zugeordnet wurden (vgl. E. 5.3 hiavor). Den funktionellen Auswirkungen wurde im ZMB-Gutachten namentlich mit einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf Rechnung getragen. Aus einer Gesamtsicht heraus, namentlich unter Einbezug der übrigen fachmedizinischen Berichte sowie mit Blick auf die Ergebnisse des strukturierten Beweisverfahrens, ist die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und überzeugend.

6.4.1 Nach dem Gesagten kann vollumfänglich auf das vorstehend zitierte Gutachten des ZMB und die darin formulierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden.

6.4.2 In Bezug auf den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit ist überdies Folgendes anzumerken: Die Gutachter äusserten sich nicht zur Frage, ab welchem Zeitpunkt die attestierte Arbeitsfähigkeit von 60% in einer leidensadaptierten Tätigkeit zumutbar gewesen war (vgl. E. 5.5.4 hiavor). In seiner Stellungnahme vom 20. Februar 2023 legte der RAD-Arzt Dr. med. E._____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diesen Zeitpunkt auf Dezember 2017 fest. Dies aufgrund der am 18. Juli 2016 und 24. Februar 2017 erfolgten erneuten operativen Eingriffe an der Schulter mit entsprechender Rekonvaleszenz, was anhand der medizinischen Aktenlage einleuchtend erscheint. Unter Berücksichtigung der medizinischen Aktenlage nicht hinreichend nachvollziehbar ist hingegen der in ebendieser RAD-Beurteilung beurteilte Verlauf der Arbeitsfähigkeit, insbesondere die angegebene vollständige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die angepasste Tätigkeit sowie die Arbeitsfähigkeit von 50% in der angestammten Tätigkeit jeweils im Zeitraum von Oktober 2016 bis Februar 2017. Weitere Erörterungen hierzu können vorliegend indessen unterbleiben. Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung zum einen davon aus, dass die angestammte Tätigkeit bereits seit 20. Juli 2015 nicht mehr zumutbar sei. Zum anderen erachtete sie die gutachterlich ermittelte Arbeitsfähigkeit von 60% gestützt auf die RAD-Beurteilung erst ab Dezember 2017 als dauerhaft zumutbar. Diese Schlussfolgerungen zum zeitlichen Verlauf sind zwischen den Parteien denn auch nicht umstritten und können als mit den medizinischen Erhebungen im Einklang stehend bezeichnet werden. Ferner ergeben sich auch aus den Akten keine Hinweise, wonach im Rahmen der Rechtsanwendung von Amtes wegen durch das Gericht eine andere Einschätzung vorzunehmen wäre.

7.1 Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigung. Gemäss Art. 16 ATSG hat die Invaliditätsbemessung bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu erfolgen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einan-

der gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1). Dabei ist in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns abzustellen (BGE 129 V 222, 128 V 174). Dieser kommt vorliegend auf den 1. Dezember 2016 zu liegen, was zwischen den Parteien unbestritten ist.

7.2 Die Beschwerdegegnerin nahm in ihrer Verfügung vom 16. November 2023 den zur Ermittlung des Invaliditätsgrads erforderlichen Einkommensvergleich vor. Dabei ermittelte sie sowohl das massgebende Validen- wie auch das zumutbare Invalideneinkommen in Anwendung der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE). Grundlage hierfür bildete jeweils die Tabelle TA1 der LSE 2016. Anhand des Sektors "sonstige wirtschaftliche Dienstleistungen (77-82)", Kompetenzniveau 1, Spalte Männer, errechnete sie ein Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 62'137.-- bzw. für das Jahr 2017 ein solches von Fr. 62'386.--. Das entsprechende Invalideneinkommen für ein 60%-Pensum in der Höhe von Fr. 35'418.-- bestimmte sie gestützt auf den Sektor Total, Kompetenzniveau 1, Spalte Männer und errechnete damit ein monatliches Einkommen von Fr. 5'340.--. Hierbei berücksichtigte sie zusätzlich einen leidensbedingten Abzug von 5%. Diesbezüglich gilt es vorab anzumerken, dass sich sowohl einzelne Bemessungsgrundlagen wie auch die Berechnung des Anteils des leidensbedingten Abzugs von 5% und damit im Ergebnis namentlich der ermittelte rentenrelevante Invaliditätsgrad ab Dezember 2017 von 43% in der angefochtenen Verfügung als nicht korrekt erweisen. Wie sogleich darzulegen sein wird, ist für das Valideneinkommen aber ohnehin – dem Einwand des Beschwerdeführers folgend – auf das tatsächlich erzielte Einkommen abzustellen, sodass sich vorliegend ohnehin eine Neuberechnung aufdrängt.

7.3.1 Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 E. 4.1). Ist es nicht möglich, zur Bestimmung des Valideneinkommens vom zuletzt vor Invaliditätseintritt erzielten Lohn auszugehen, so ist es angezeigt, das Valideneinkommen anhand von Durchschnittswerten – wie etwa gestützt auf die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik – zu ermitteln. Eine solche Konstellation liegt etwa vor, wenn ein konkreter Lohn nicht eruierbar ist, weil keine aussagekräftigen, verwertbaren Lohnangaben zu früheren Tätigkeiten vorliegen, wenn die versicherte Person seit längerem keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, wenn sie zurzeit des Invaliditätseintritts arbeitslos gewesen ist oder wenn sie die bisherige Stelle bis zum Rentenbeginn – beispielsweise aus wirtschaftlichen Gründen – ohnehin, d.h. auch dann verloren hätte, wenn sie gesund geblieben wäre.

7.3.2 Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen des Versicherten – wie dargelegt – anhand der Tabellenlöhne. Eine Begründung für das entsprechende Vorgehen lässt sich der angefochtenen Verfügung indessen nicht entnehmen. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass für das Valideneinkommen das gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK)

im Jahr 2014 bei der X.____ GmbH erzielte Einkommen in der Höhe von Fr. 69'325.-- zu veranschlagen sei. Er sei überwiegend in Überwachungstätigkeiten beschäftigt gewesen. Trotz bereits bestehender Beschwerden habe er die Stelle 2012 erhalten, die seinen Stärkungen und Neigungen entsprochen habe. Ohne Einschränkungen wäre er auch heute noch für diese Arbeitgeberin tätig.

7.3.3 Dieser Auffassung kann beigespflichtet werden. Es sind keine Gründe ersichtlich, weshalb das Valideneinkommen vorliegend nicht auf der Grundlage der zuletzt ausgeübten Tätigkeit festzusetzen ist. Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit November 2012 bis und mit 2016 für die X.____ GmbH tätig war. Die Beschwerdegegnerin hat keine Abklärungen zur Frage betreffend die Auflösung dieses Arbeitsverhältnisses vorgenommen. Ferner sind keine Gründe auszumachen noch werden solche geltend gemacht, die es rechtfertigen würden, vom Grundsatz abzuweichen, dass die bisherige Tätigkeit ohne gesundheitliche Beeinträchtigung fortgeführt worden wäre. Genauso wenig kann vorliegend davon gesprochen werden, dass keine aussagekräftigen, verwertbaren Lohnangaben vorliegen würden. Massgebend ist in erster Linie der IK-Auszug, welcher vorliegend eine zuverlässige Beurteilung des Valideneinkommens erlaubt. Der Versicherte erzielte im Jahr 2014 vor Eintritt des Gesundheitsschadens bei der X.____ GmbH ein Jahreseinkommen von Fr. 69'325.--, welches somit als Valideneinkommen zu veranschlagen ist. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (-0,2% 2015, 0,1% 2016 und 0,4% 2017, Tabellen BFS T1.1.10, Nominallohnindex Männer, 2011-2015, sowie T1.1.15, jeweils Nominallohnindex Männer, 2016-2022, Sektor 77-82) resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 69'256.-- bzw. im Jahr 2017 ein solches von Fr. 69'533.--. In ihrer Vernehmlassung wendet die Beschwerdegegnerin ein, dass der Beschwerdeführer keine konkreten Beweise beigebracht habe, die ein höheres Valideneinkommen als das der Verfügung zugrunde gelegte überwiegend wahrscheinlich machen würden. Auch in den Akten fänden sich keine Anhaltspunkte für eine berufliche Weiterentwicklung. Diese Argumentation zielt an der Sache vorbei. Die Beschwerdegegnerin erkennt, dass der Beschwerdeführer sich vorliegend nicht auf ein hypothetisches Einkommen, sondern auf das tatsächlich erzielte Einkommen beruft, welches unstreitig Eingang in das individuelle Konto fand. Vielmehr wäre es an der Beschwerdegegnerin gewesen, darzulegen, weshalb im vorliegenden Fall von dieser Grundlage ausnahmsweise abgewichen werden soll. Nachdem die Jahreslöhne bei der letzten Arbeitgeberin zumindest gewisse Schwankungen aufweisen, könnte man sich allenfalls fragen, ob auf den Durchschnitt der Jahre 2014-2016 abzustellen wäre. Dieses Vorgehen würde dem Grundsatz Rechnung tragen, dass die Vergleichseinkommen so konkret wie möglich zu bestimmen sind (vgl. UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 16 Rz. 45 f. und E. 7.1 hiervor). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung errechnete sich bei einem Einkommen von Fr. 69'256.-- (Fr. 69'325.-- -0,1%) aus dem Jahr 2014, Fr. 61'044.-- (Fr. 60'983.-- + 0,1%) aus dem Jahr 2015 sowie Fr. 65'118.-- aus dem Jahr 2016 ein Valideneinkommen von Fr. 65'078.-- bzw. für das Jahr 2017 ein solches von Fr. 65'400.-- (Fr. 69'533 [Fr. 69'325.-- + 0,3%]) 2014 + Fr. 61'288 [Fr. 60'983.-- + 0,5%] 2015 + Fr. 65'378.-- [Fr. 65'118.-- + 0,4%] 2016 : 3). Wie so gleich aufzuzeigen sein wird (vgl. E. 7.5 hiernach), hätte die Veranschlagung dieses Valideneinkommens indessen keine rentenrelevanten Auswirkungen.

7.4.1 Das Invalideneinkommen ist gestützt auf den Wert "Total Privater Sektor" (Männer) der Tabelle TA1 der LSE 2016 zu ermitteln, womit ein monatliches Einkommen von Fr. 5'340.-- heranzuziehen ist. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden ergibt sich das in der Verfügung ermittelte Jahreseinkommen von Fr. 66'803.--. Bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 60% und einem leidensbedingten Abzug von 5% resultiert für das Jahr 2017 indessen in Abweichung zur angefochtenen Verfügung ein Invalideneinkommen von Fr. 38'078.--.

7.4.2 Die Bemessungsgrundlagen des Invalideneinkommens werden vom Beschwerdeführer nicht beanstandet. Er stellt sich hingegen auf den Standpunkt, es sei ihm ein leidensbedingter Abzug von mindestens 15% zu gewähren. Die Verweistätigkeiten würden nur noch eingeschränkt und in einem Teilpensum infrage kommen. Den weitgehenden Ausfall des rechten Arms könne er wegen dessen eigenen Einschränkungen und der Gefahr der Zunahme der dortigen Leiden nur ungenügend mit seinem nichtdominanten linken Arm kompensieren.

Ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug erscheint vorliegend indessen nicht gerechtfertigt, da den massgebenden Umständen mit einem Abzug von 5% bereits hinreichend Rechnung getragen wurde. Hierbei gilt es auf die restriktive Rechtsprechung des Bundesgerichts zu verweisen, wonach unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt als ausserordentlich zu bezeichnen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juli 2020, 8C_151/2020, E. 6.2 mit Hinweis). Solche Umstände können vorliegend nicht ausgemacht werden und werden vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht.

7.5 Unter Berücksichtigung des vorstehend Ausgeführten kann ohne Weiteres festgehalten werden, dass im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (1. Dezember 2016) Anspruch auf eine ganze Rente besteht, was zwischen den Parteien unbestritten ist. Für die Zeit ab Dezember 2017 ergibt sich unter Berücksichtigung der sich gegenüberstehenden Vergleichseinkommen von Fr. 69'533.-- und Fr. 38'078.-- ein Invaliditätsgrad von 45% und damit Anspruch auf eine Viertelsrente. Auch bei einem berücksichtigten Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 65'400.-- und einem Invaliditätsgrad von 42% bleibt es bei einem Anspruch auf eine Viertelsrente. In diesem Zusammenhang gilt es nun allerdings die Art. 88 ff. IVV zu berücksichtigen. Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in welchem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiter andauern wird (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV). Die lediglich im Zeitraum vom 8. November 2017 bis 9. Dezember 2017 gemäss angefochtener Verfügung berücksichtigte Arbeitsfähigkeit von 50% in einer angepassten Tätigkeit führt zu keiner voraussichtlich längeren Zeit dauernden anspruchsbeeinflussenden Änderung im Sinne von Art. 88a Abs. 1 IVV. Unter Beachtung der Karenzfrist von drei Monaten nach Art. 88a Abs. 1 IVV besteht der Anspruch auf die ganze Rente somit entsprechend der angefochtenen Verfügung für die Zeit vom 1. Dezember 2016 bis zum 28. Februar 2018. Ab 1. März 2018 besteht Anspruch auf eine Viertelsrente. Im Ergebnis sind die Beschwerden demnach abzuweisen.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihm aufzuerlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 9. Januar 2024 bzw. 18. März 2024 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

8.2 Dem Prozessausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. In der Verfügung vom 9. Januar 2024 bzw. 18. März 2024 ist ihm jedoch die unentgeltliche Verbeiständung mit seinem Rechtsvertreter bewilligt worden, weshalb dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat in seiner Honorarnote vom 22. Februar 2024 für das vorliegende Verfahren einerseits einen selber erbrachten Zeitaufwand von 4 Stunden und 20 Minuten und andererseits von einer Volontärin oder einem Volontär geleistete Bemühungen von 2 Stunden und 15 Minuten geltend gemacht. In Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen erweist sich dieser Aufwand als angemessen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte (TO) vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung für Anwältinnen und Anwälte Fr. 200.-- pro Stunde. Für die Bemühungen von Substitutinnen oder Substituten sind ein Drittel bis zwei Drittel des für den konkreten Fall massgebenden Stundenansatzes einer Anwältin oder eines Anwalts zu berechnen (§ 3 Abs. 3 TO), wobei nach der Praxis des Kantonsgerichts für Volontärinnen und Volontäre bei unentgeltlicher Verbeiständung ein Ansatz von Fr. 120.-- pro Stunde zur Anwendung gelangt. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von Fr. 87.10. Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'320.60 (4 Stunden und 20 Minuten à Fr. 200.-- sowie 2 Stunden und 15 Minuten à Fr. 120.-- zuzüglich Auslagen von 87.10 und 7,7% bzw. 8,1% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

8.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://:

1. Die Beschwerden werden abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.

3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 1'320.60 (inkl. Auslagen und 7,7% bzw. 8,1% Mehrwertsteuer) ausgerichtet.