

SO_GERICHTE VSBES.2023.189 vom 5. Dezember 2023

SO Obergericht, 2023-12-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2023.189_d20231205

FR: SO_GERICHTE VSBES.2023.189 du 5 décembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2023.189 del 5 dicembre 2023

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 2

a) Es seien dem Beschwerdeführer die gesetzlichen IV-Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: die Beschwerdesache sei zwecks weiteren medizinischen und beruflichen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen.

E. 2.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 3.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

E. 3.3

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137

V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 4. Aufgrund sämtlicher ins Recht gelegter medizinischer Unterlagen präsentiert sich der medizinische Sachverhalt – unter Einbezug der erst anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023 eingereichten, nachfolgend in den E. II. 4.1 bis 4.7 und 4.12 wiedergegebenen medizinischen Berichte (vgl. Verhandlungsprotokoll, S. 1 f.; A.S. 37 f.) – wie folgt: 4.1 Gemäss dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Privatklinik C.____ vom 11. Januar 2005 befand sich der Beschwerdeführer dort vom 3. bis 11. Januar 2005 in stationär-psychiatrischer Behandlung. Die Diagnose lautete wie folgt: «Abhängigkeitssyndrom von Opioiden (F 11.22), gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Methadonprogramm. Zum Anlass der Aufnahme wurde angegeben, der Patient sei vom früheren (und nun wieder aktuellen) Hausarzt Dr. med. D.____ zur Krisenintervention bei depressiver Episode im Rahmen eines langjährigen Heroin-Abhängigkeitssyndroms zugewiesen worden. Der Eintritt sei freiwillig erfolgt. Zur Vorgeschichte wurde erwähnt, der Patient habe berichtet, dass er in den letzten Wochen immer depressiver geworden sei und es ihm immer schlechter gehe. Am Wochenende sei es zu Hause zu einer Eskalation gekommen, wobei ihn die Mutter wegen wiederholten Randalierens vor die Türe gesetzt habe. Folglich habe auch sein täglicher Methadon-Bedarf und sein Heroin-Beikonsum wieder zugenommen. Als Ursache habe der Patient Beziehungsprobleme und eine schwere verbale Auseinandersetzung mit seiner Freundin angegeben, mit welcher er seit drei Jahren liiert sei. Er habe auf die Umstände der Problematik nicht näher eingehen wollen. Der Patient habe berichtet, dass er seit drei Monaten in einem Methadonersatzprogramm sei, wobei sein Heroin-Beikonsum eine wesentliche Problematik darstelle. Zum Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs habe der Patient Anzeichen eines massiven Entzugs mit Frösteln, Rückenschmerzen, Schwitzen und Tremor gezeigt. Er habe sich zum Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs im Anschluss an den stationären Aufenthalt ein Nachbehandlungsprogramm gewünscht. Die erste Hospitalisation im Hause sei im Oktober 2004 wegen Selbst- und Fremdgefährdung per fürsorgerischem Freiheitsentzug (FFE) erfolgt. Zur Substanzanamnese wurde angegeben, seit vier Jahren konsumiere bzw. schnupfe der Patient Heroin und sei seit drei Jahren im Methadonersatzprogramm. Der Patient sei derzeit arbeitslos, ehemaliger Elektromechaniker und lebe derzeit bei der Mutter. Es bestehe eine konfliktreiche Beziehung zur aktuellen Freundin. Im Jahr 1995 habe er eine Unterschenkelfraktur rechts und im Jahr 2000 eine Fibulafaktur links sowie vor einigen Jahren bei einem weiteren Unfall eine Sehnenverletzung an der rechten Hand erlitten. Die zusammenfassende Beurteilung lautete dahingehend, es handle sich um die zweite Hospitalisation eines 22-jährigen Patienten mit der Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms von Opioiden mit gegenwärtiger Teilnahme an einem ärztlich überwachten Methadonersatzprogramm. Der Patient habe am 10. Januar 2005 einen Vorstellungstermin im «» [...] für betreutes Wohnen wahrgenommen und könne dort ein Zimmer beziehen. Er sei auf eigenen Wunsch bei fehlender Selbst- und Fremdgefährdung am 11. Januar 2005 aus dem akut-psychiatrischen geschlossenen Rahmen entlassen worden (BB 5). 4.2 Dem Bericht des E.____, Neurologische Klinik und Poliklinik, vom 17. Februar 2005 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Sekundär generalisierter Gelegenheitsanfall am 28.01.05, Provokationsfaktoren: Benzodiazepinreduktion/Alkoholkonsum; Heroinabhängigkeit, aktuell unter Methadon 70 mg/Tag». Zur Beurteilung wurde dargelegt, bei diesem 22-jährigen Patienten mit Zustand nach Heroinabusus und aktuell unter Methadontherapie sei es am 28. Januar 2005 zu einem sekundär generalisierten epileptischen Anfall gekommen. Dieser Anfall werde

durch die vorhergehende relativ rasche Benzodiazepinreduktion und den Alkoholkonsum als provoziert beurteilt. Ob es sich bei den weiteren zweimaligen Episoden mit Erinnerungslücke auch um epileptische Anfälle gehandelt habe, müsse offen bleiben, erscheine aber eher unwahrscheinlich. Vorläufig werde keine antiepileptische Therapie empfohlen, sondern das vorherige Ausschleichen von Seresta. Anfallsprovozierende Faktoren wie Schlafentzug und Alkoholkonsum seien zu vermeiden. Aus epileptologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %. Die Fahrtauglichkeit sei nicht gegeben. Der Patient besitze auch keinen Fahrausweis. Eine Nachkontrolle sei nicht geplant (BB 15).

4.3 Laut dem Bericht der Psychiatrischen Privatklinik C.____ vom 26. April 2005 über den stationären Aufenthalt vom 17. bis 18. April 2005 wurde der Beschwerdeführer wegen aggressiven Verhaltens und fehlender Impulskontrolle zur Krisenintervention zugewiesen. Der Eintritt sei freiwillig erfolgt. Zum Verlauf wurde dargelegt, der Patient habe sich im stationären Rahmen angepasst und kooperativ verhalten, sich oft in sein Zimmer zurückgezogen und den grössten Teil des Aufenthaltes schlafend verbracht. Die Überwachung der Vitalparameter sei unauffällig erfolgt. Am Folgetag habe der Patient berichtet, dass er gerne zurück ins betreute Wohnen «» in [...] austreten würde. Er habe eine temporäre Arbeitsstelle in Aussicht, die er am 18. April 2005 beginnen sollte. Bei fehlenden Hinweisen auf akute Selbst- und Fremdgefährdung habe der Patient am 18. April 2005 nach Hause entlassen werden können (BB 6).

4.4 Im vorläufigen Austrittsbericht der Psychiatrischen Privatklinik C.____ vom 25. Juli 2005 (stationäre Behandlung vom 19. bis 25. Juli 2005) wurden die Diagnosen «Opiatabhängigkeit (F11.2), Benzodiazepin-Abhängigkeit (F13.2), V.a. Alkoholmissbrauch (F10.1)» angegeben. Unter «Bemerkungen» wurde dargelegt, der Beschwerdeführer sei am 14. Juli 2005 im Rahmen eines ärztlichen FFE wegen anhaltender Aggressivität und mangelnder Impulskontrolle in die Klinik gekommen. Am Abend des Vortages habe der Patient zum wiederholten Mal seine Ex-Freundin belästigt und genötigt, sodass die Polizei hinzugezogen worden sei. Einen Tag nach Eintritt sei er aus dem Park entwichen und am 18. Juli 2005 administrativ entlassen worden. Er sei am 19. Juli 2005 von sich aus zurückgekehrt. Während der Entweichung habe er selbstständig das Methadon und die Benzodiazepine abgesetzt; er wünsche keine Substitution mehr. Da der Patient am Abend und in der Nacht des 20. Juli 2005 eine starke Entzugssymptomatik entwickelt und daraufhin viel Reserve-Medikation bezogen habe, sei Seresta in absteigender Dosierung angesetzt worden. Der Patient habe angegeben, dass die Vorfälle im Zusammenhang mit seiner Ex-Freundin nicht immer im Zusammenhang mit der Drogen- oder Alkoholeinnahme gestanden hätten. Der Patient sei bereit, sich verschiedene therapeutische Einrichtungen anzuschauen und gebe an, zu einer Therapie motiviert zu sein. Der FFE sei aufgehoben worden und der Patient habe seine Entlassung gewünscht (BB 7).

4.5 Aus dem Bericht der F.____, Zentrum für substitutionsgestützte Behandlung [...], [...], vom 29. Oktober 2018 geht hervor, der 36-jährige Patient, der mit seiner Frau und den drei Kindern in eigener Wohnung zusammenlebe, gehe ausser dem Familienleben und der Kinderbetreuung keiner anderen Beschäftigung nach. Der Patient beschreibe sich als stabil in der Substitution, die tägliche Abgabe und die Umstellung auf Sevre-Long hätten ihn weitgehend stabilisiert. Zudem habe er seinen Alkoholkonsum zu etwa 50 % reduzieren können. Neu erfolge aufgrund der Verlässlichkeit und Verbindlichkeit des Patienten in Bezug auf die Abgabemodalitäten Samstag und Sonntag eine Mitgabe. Sein Alkoholkonsum belaufe sich aktuell auf drei bis vier Dosen Bier am Abend. Er betone, dass er nur Bier und keine anderen Alkoholika trinke. Der Patient wirke stabilisiert und meine, dass er mit seinem Leben zufrieden sei.

Auch hier betone er, dass dies vor allem deshalb so gekommen sei, weil sich sein Alkoholkonsum verringert habe. Er erwähne, dass auch seine Frau ihn als stabiler und ausgeglichener erlebe, seit er im [...] sei. Der Patient sei verheiratet, habe mit der Ehefrau vier Kinder (einen Sohn und drei Töchter). Die Ehefrau arbeite nun zu 30 % und der Patient sei aktuell stärker in die Kindererziehung eingebunden. Damit sei er zufrieden, er gehe nicht näher auf sein Familienleben ein. Zum Sozialen wurde angegeben, der Patient sei gelernter Elektromonteur. Eigentlich wäre eine Umschulung angedacht gewesen, jedoch zeige er gegenüber dem Sozialarbeiter sowie dem Therapeuten eine noch nicht so gute Terminverbindlichkeit, sodass die anstehenden Angelegenheiten nicht angegangen werden könnten. Um seine Administration kümmere sich in erster Linie seine Ehefrau. Diesbezüglich habe der Patient wenige Informationen. Das letzte Mal habe er im Jahr 2012 gearbeitet. Der Patient sei korrekt, schnell, freundlich, mache tägliche Alkohol-Atemlufttests und werde diese weiterführen, da sie ihn strukturierten und dazu veranlassten, weniger zu trinken. Die Diagnosen nach ICD-10 lauteten wie folgt: «Opiatabhängigkeit, gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (F11.22); Benzodiazepinabhängigkeit, gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (F13.22); Alkoholabhängigkeitsstörung, gegenwärtiger Konsum (F10.24); Anamnestic bekannte Kokainabhängigkeit, gegenwärtig abstinent (F14.20)» (BB 11). 4.6 Im Bericht der F.____, Zentrum für substitutionsgestützte Behandlung [...], vom 3. Mai 2019 wurde angegeben, der Patient berichte, dass er neben der Substitution noch täglich Alkohol trinke. Der Alkoholkonsum belaufe sich auf 3 bis 4 Büchsen Bier pro Tag (0.5 Liter, abends). Er möchte den Konsum auf eine Büchse Bier pro Tag reduzieren. Der THC-Konsum finde gelegentlich statt. Hinsichtlich der Valium-Substitution gebe er an, dass er seine Benzodiazepinabhängigkeit mit dem Bezug von Seresta mehr im Griff gehabt habe. Neu werde der Patient eine Seresta Verordnung erhalten. Dem Patienten gehe es psychisch gut, er könne seine Termine nun ein wenig besser einhalten. Gleichzeitig halte sich der Patient dann doch bedeckt, wenn es darum gehe, Aussagen über seine Stimmung zu machen. Es werde nicht weiter nachgefragt. Der Patient erfreue sich eigentlich guter körperlicher Gesundheit, stelle aber in den Raum, dass er doch mehrere Frakturen gehabt habe und deswegen den früheren Beschäftigungen nicht mehr nachkommen könne und sich diesbezüglich überlege, eine IV-Anmeldung vorzunehmen. Der Patient verbringe die meiste Zeit mit seinen Kindern und seiner Ehefrau. Er halte sich fern von Beziehungen und Kollegen von der Gasse. Der Patient werde als korrekt, freundlich und mit deutlich verbesserter Körperhygiene wahrgenommen. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «Alkoholabhängigkeit, ggw. Substanzgebrauch (ICD-10 F10.24); Opiatabhängigkeit, ggw. Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (ICD-10 F11.22); Störung durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch (gelegentlich) (ICD-10 F12-1)» (BB 12). 4.7 Aus dem Bericht des G.____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, vom 24. April 2020 gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: «1. Mediale undislozierte Tibiaplateaufrakturen Knie rechts; 2. Substitutionsbehandlung mit Sevrelong; 3. C2 Abusus». Zur Anamnese wurde vermerkt, der Patient berichte, dass er am Vortag aus ca. 80 cm heruntergesprungen sei. Dabei sei er mit dem rechten Knie in Streckhaltung gelandet. Initial habe er Schmerzen gehabt, jedoch noch zum Bus gehen können. Zum Befund wurde angegeben, es zeige sich am rechten Knie ein ausgeprägter Gelenkserguss mit leichtem Extensionsdefizit vom 10 Grad. Die Bildgebung vom 23. April 2020 zeige medialseitig eine undislozierte Tibiaplateaufrakturen ohne Impressionszeichen. Das CT des rechten Knies zeige

die bereits bekannte Fraktur undisloziert, mit maximalem Frakturspalt von 2 mm, und ebenfalls eine maximale Diskrepanz in der Gelenkfläche von 2 mm. Unter «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, es werde initial konservativ vorgegangen mit Ruhigstellung in der Mecronschiene und mit einer Stockentlastung (keine Belastung; BB 14).

4.8 Dem Bericht der F.____, Behandlungszentrum für Abhängigkeitserkrankungen, [...], vom 28. September 2020 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 11. bis 21. September 2020 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom (F19.2), F19.5 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung; 2. Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom (F11.2), aktuelle Substitution mit 1240 mg Sevre-Long durch [...]; 3. Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom (F12.2); 4. Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom, vorherige Abgabe durch [...] fix Seresta 15 mg 2,5 Tbl./Tag; 5. Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom (F14.2)». Als Nebendiagnose wurde ein Hautdefekt am linken Unterschenkel medial angegeben. Zu den aktuellen Behandlungshinweisen wurde angegeben, die initiale stationäre Aufnahme des Patienten sei per fürsorgliche Unterbringung (FU) bei Fremdaggressivität mit unklaren Wahnvorstellungen bei bekannter Polytoxikomanie (Kokain, Opiate, Alkohol, Opioid-Substitution durch die Abgabestelle [...]) auf der Akutstation erfolgt. Am Aufnahmetag habe der Patient bereits bei ausreichender Absprachefähigkeit auf die suchtspezifische Abteilung verlegt werden können mit der Zielsetzung eines Time-Out. Das multimodale Therapieprogramm sei vom Patienten motiviert angenommen worden. Er habe am 17. September 2020 einen Sonderausgang erhalten, um unter Aufsicht eines seiner Kinder zu sehen. Im gewährten Ausgang sei es zu keinem nachweisbaren Konsumereignis gekommen. Der Patient sei erfreulicherweise in relativ stabilem Zustand am 21. September 2020 in die häuslichen Verhältnisse ausgetreten (IV-Nr. 5 S. 13 f. bzw. BB 8).

4.9 Der damalige Hausarzt, Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, gab in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 1. November 2020 an, der Patient sei seit April 2018 nur noch sporadisch bei Bedarf bei ihm in Behandlung. Zur medizinischen Situation legte der Hausarzt dar, der Patient sei gemäss seinen Angaben seit dem Jahr 2003 in einem Methadonprogramm, welche in der Sprechstunde weitergeführt worden sei. Im April 2018 habe er den Patienten an die Heroinabgabe [...] überwiesen, primär, weil der Patient in seiner Allgemeinpraxis nicht mehr führbar gewesen sei. Er werde dort mit Sevre long substituiert. Anfänglich habe der Patient «geschützt» im Geschäft seines Bruders als Elektromonteur gearbeitet. In den letzten Jahren sei dies aber wohl immer seltener der Fall gewesen, was primär auf seine Drogenabhängigkeit zurückzuführen gewesen sei. Der Patient habe nebst Beikonsum auch immer wieder zu viel Methadon konsumiert, sei absolut unzuverlässig und auch nicht motiviert gewesen, daran etwas zu ändern. Zur Prognose legte der Hausarzt dar, er glaube nicht, dass der Patient im freien Arbeitsmarkt vermittelbar sei, wage hierzu aber keine definitive Prognose. Der Patient leide an einer schweren Drogenabhängigkeit, möglicherweise mit Vorliegen einer zusätzlichen psychiatrischen Erkrankung. Entscheidend sei die Beurteilung des Psychiaters (IV-Nr. 5 S. 6 ff.).

4.10 Im Bericht des Zentrums für heroingestützte Behandlung, [...] (, lic. phil. I.____) zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 5. Januar 2021 wurde festgehalten, die Behandlung sei vom

25. April 2018 bis 9. November 2020 durchgeführt worden. Frühere Kontrollen seien durch lic. phil. I. ____, spätere Kontrollen durch Dr. med. J. ____, (-Zentrum [...], [...]) erfolgt. Gegenwärtig nehme der Patient, soweit bekannt, keine Termine im [...] -Zentrum wahr. Es sei ein hoher Druck nötig gewesen, damit der Patient seine Termine wahrgenommen habe. Zur medizinischen Situation wurde dargelegt, der Patient habe eine Ausbildung zum Elektromonteur abgeschlossen und einige Zeit gearbeitet. Es lasse sich nicht rekonstruieren, wann seine Abhängigkeitserkrankung genau begonnen habe. Es scheine jedoch so, dass diese bereits bei der Geburt seines ersten Kindes bestanden habe. Mit der Mutter und Ehefrau (seit 2010), welche auch abhängigkeiterkrankt sei, habe der Patient noch vier weitere Kinder. Im Haushalt lebe noch das erste Kind der Ehefrau. Der Patient habe verschiedene Phasen innerhalb seiner Abhängigkeitserkrankungen erlebt. Diese gänzlich zu überwinden, habe er bisher nicht geschafft. Der Patient zeige sich oberflächlich kooperativ, jedoch nicht zuverlässig in der Wahrnehmung seiner Termine. Das ganze Ausmass seiner Abhängigkeitserkrankung werde im Sommer 2020 deutlich, als der Patient per FU in die F. ____ eingewiesen worden sei, nachdem es im gemeinsamen Haushalt zur Eskalation zwischen dem Patienten und dem Stiefsohn gekommen sei. Vorgängig habe der Patient eine sehr aktive Konsumphase gehabt und in der Folge davon wahnhafte Zustände. Es wurden folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt: «Alkoholabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzkonsum (F10.24), Jugend; Kokainabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzkonsum (F14.24), Jugend; Cannabisabhängigkeit, gegenwärtiger Substanzkonsum (F12.24), Jugend; V.a. unreife Persönlichkeitsstörung (F60.8), 2019». Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden «Opioidabhängigkeit, gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (F11.22); Benzodiazepineabhängigkeit, gegenwärtige Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (F13.22)» angegeben. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete wie folgt: der Patient werde bei stabiler psychischer Situation als ca. 50 % arbeitsfähig in geschützter Umgebung gesehen. Scheinbar sei er in der Lage, sich trotz Abhängigkeitserkrankung um seine Kinder zu kümmern. Er könne gemäss seinen Angaben auch gut zeichnen (IV-Nr. 10 S. 2 ff.). 4.11 Aus dem interdisziplinären Gutachten der B. ____ vom 5. Januar 2023 geht hervor, dass der Beschwerdeführer dort am 21. Juni 2022 orthopädisch, am 23. Juni 2022 internistisch und neuropsychologisch und am 7. November 2022 psychiatrisch untersucht wurde. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsens-beurteilung) wurde zu den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) angegeben, die angestammte Tätigkeit sei nicht definiert. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) wurden folgende Leiden aufgelistet: «1. Unspezifische hirnorganische psychische Störung durch Abhängigkeit von multiplen psychotropen Substanzen (ICD-10: F19.8) mit; 2. Minimale bis leichte neuropsychologische Störung; 3. Belastungsabhängiges pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei geringen Facettengelenksarthrosen von LWK 5/SWK 1 und geringer linkskonvexer lumbaler Skoliose bei angeborenem Beckenschiefstand links von 1.5 cm; 4. Minimales posttraumatisches Streckdefizit des linken Ellenbogens ohne funktionelle Einschränkung; 5. Geringe posttraumatische Bewegungseinschränkung des linken Kleinfinger-Mittelgelenkes; 6. Geringe posttraumatische Einschränkung der Beugung des rechten Handgelenkes und Streckung des rechten Daumens; 7. Adipositas (BMI 32.9 kg/m²); 8. Varikosität der unteren Extremitäten; 9. Verdacht auf venöse Stauung der unteren Extremitäten». Als Synthese / Quintessenz aus allen Fachgebieten und den funktionellen Einschränkungen

wurde dargelegt, im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung habe bei dem 40-jährigen gebürtigen Schweizer lediglich auf psychiatrischem Gebiet eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden können, die ausschliesslich neuropsychologisch begründet sei. In Annahme eines hirnorganischen Psychosyndroms als Erklärung gelinge somit der konsistente Nachweis einer Behinderung, nach Saldo aller wesentlichen Ressourcen und Belastungsfaktoren lasse sich eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % feststellen. Mit anderen Worten betrage auch polydisziplinär die Arbeitsfähigkeit 80 %, wobei eine angestammte Tätigkeit nicht definiert sei. Diese Einschätzung gelte für jede Art von Tätigkeit. Zu Persönlichkeitsaspekten, Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde dargelegt, Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder -änderung bestünden nicht. Der Explorand verfüge über gute Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Interaktionskompetenz, Selbstregulation, Regressionsfähigkeit und Intentionalität. Er sei durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. Ein Rückzug aus sozialen Bereichen liege nicht vor. Das soziale Umfeld sei intakt. Das Zusammenleben mit der Ehefrau und fünf Kindern gelte als interpersonelle Ressource. Positiv zu nennen seien auch die abgeschlossene Ausbildung, das durchschnittliche intellektuelle Leistungsniveau, die sehr gute berufliche Ausbildung als Elektromonteur, die prinzipielle Vorstellung einer beruflichen Tätigkeit, die gute finanzielle Situation und ein intaktes soziales Netz. Als Belastungsfaktoren seien eine Abhängigkeitserkrankung der Ehefrau, die jahrelange Absenz vom Erwerbsleben und der Wunsch nach einer IV-Rente ohne berufliche Beschäftigung zu nennen. Psychosoziale Belastungen mit direkt negativen funktionellen Folgen könnten nicht benannt werden. Zur Gesamtarbeitsfähigkeit wurde angegeben, die Arbeitsfähigkeit des Exploranden sei nur aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt, daher entspreche die Gesamtarbeitsfähigkeit der Teilarbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde Folgendes vermerkt: Es müsse die Möglichkeit bestehen, Pausen einzulegen und hohe Anforderungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses seien zu vermeiden. Tätigkeiten mit leichtem Zugang zu alkoholischen Getränken wären nicht geeignet (z.B. Gastronomie). Ausserdem sollten vorsichtshalber sehr differenzierte Arbeiten, welche eine hohe Aufmerksamkeit verlangen, gemieden werden, wie z.B.: Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie, die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionsarbeiten, Sortierarbeiten und Arbeiten an verletzungsträchtigen Maschinen. Körperlich möglich seien leicht bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule. Eine solche Tätigkeit wäre für 8,5 Stunden pro Tag möglich. Dabei bestehe wegen leicht reduzierter Arbeitseffizienz und leicht erhöhtem Pausenbedarf eine Leistungseinschränkung von 20 %. In Anbetracht der Suchtanamnese und des eigen- und aktenanamnestisch anzunehmenden relativ gleichmässigen Verlaufs der letzten Jahre könne diese Einschränkung auch für die vergangenen Jahre angenommen werden (auch für den Zeitraum ein Jahr vor der IV-Anmeldung im Oktober 2020). In Anbetracht der eingetretenen Chronifizierung erscheine in absehbarer Zeit keine therapeutische Massnahme möglich, die zu einem besseren Funktionsniveau führen könnte. Allerdings sei hinzuzufügen, dass die Arbeitsfähigkeit nicht stark eingeschränkt sei. Es lasse sich eine Suchtmittelabhängigkeit diagnostizieren; sie führe zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 %. Durch Suchtmittelabstinenz lasse sich realistischerweise die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nach über 20-jähriger Abhängigkeit nicht verbessern. Die Prognose für

ein besseres Funktionsniveau sei schlecht. Es sei mit einer Abnahme im weiteren Verlauf zu rechnen (IV-Nr. 32.1 S. 1 ff.). 4.11.1 Im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung (Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Federführung) vom 7. November 2022 gab der Explorand an, er habe seit über 25 Jahren ein Suchtproblem und befinde sich seit 20 Jahren im Methadonprogramm. Er habe früher immer unter Drogeneinnahme gearbeitet. Seine Sucht führe manchmal dazu, dass er den Bezug zur Realität verliere. Es gehe mit ihm auf und ab. Konkrete relevante Funktionsstörungen durch das Suchtverhalten könne der Explorand zunächst nicht angeben. Er gebe an, dass die körperlichen Beeinträchtigungen im Vordergrund stünden. Organfolgeschäden seien ihm nicht bekannt. Der Explorand bestätige eine Abhängigkeit von Alkohol, Opiaten und Benzodiazepinen. Er gehe aber auch in Bezug auf Kokain von einer Abhängigkeit aus. Der Drang danach sei immer da; es scheitere aber an den Kosten. Unter Ritalin sei der Drang danach etwas weniger geworden. Es habe in den Jahren 2003 bis 2016 einige stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen gegeben. Sein letzter Psychiatrie-Aufenthalt sei in [...] im Jahr 2020 gewesen, als er unter Drogen eine Psychose entwickelt habe. Seine Einschlaf- und Durchschlafstörungen seien unter neuer Medikation besser geworden. Zur Kognition wurde festgehalten, es bestünden keine arbeitsrelevanten Gedächtnis- oder Konzentrationsprobleme. Stimmungsschwankungen und Suizidgedanken seien verneint worden. Im Jahr 2020 habe er unter erhöhtem Kokainkonsum paranoide und andere wahnhaftige Gedanken entwickelt, sonst habe er manchmal unter Drogeneinfluss die Befürchtung gehabt, dass etwas mit seiner Frau nicht stimme. Unter Drogen habe er akustische Halluzinationen (Geräusche). Charaktereigenschaften, die zu einer Persönlichkeitsstörung passen könnten, seien nicht eruierbar. Zum Konsum psychotroper Substanzen wurde vermerkt, der Explorand rauche täglich eine $\frac{3}{4}$ Packung Zigaretten und trinke 5 Liter Bier pro Tag (keine harten Alkoholika), durchschnittlich alle zwei Wochen nehme er Kokain und MDMA (Ecstasy). Cannabis habe er schon seit Jahren nicht mehr eingenommen. Zur Arbeitsbiographie wurde erwähnt, der Explorand habe bis zum Jahr 2010 als Elektromonteur in Temporärfirmen gearbeitet. Nach den wiederholten Schwangerschaften habe man ihm seitens des Sozialamtes aus Angst vor Überforderung seiner Ehefrau dazu geraten, für eine gewisse Zeit zu Hause zu bleiben. Diese Zeit habe sich dann verlängert, er habe den Anschluss nicht mehr geschafft. Zur sozialen Anamnese wurde festgehalten, der Explorand sei seit dem Jahr 2010 verheiratet. Seine Ehefrau sei ohne Arbeit, da sie krank sei. Sie habe ein offenes Bein und sei ebenfalls im Methadonprogramm. Aus einer früheren Beziehung habe sie einen Sohn (2003). Sie hätten gemeinsam vier Töchter (2007, 2010, 2012, 2020). Die Familie lebe in einem Bauernhaus. Alle Kinder seien zu Hause; der Sohn habe einen separaten Bereich, er gehe aktuell einem Praktikum nach und wolle eine Lehre machen. Die Familie lebe von der Erbschaft der Ehefrau, die über das Sozialamt ausbezahlt werde. Zu einschneidenden Erlebnissen wurde erwähnt, der Explorand sei im Alter von fünf Jahren auf einer Raststätte verloren gegangen, es habe eine lange Suche der Eltern gegeben. Ein halbes Jahr später in den Ferien sei die Familie ohne ihn losgefahren, was aber kurz darauf bemerkt worden sei. Seine Cousine sei im Alter von 14 Jahren an Hirnhautentzündung verstorben. Mit dem Gesetz habe es insofern Probleme gegeben, als es in Zusammenhang mit Drogen zu kleinen Delikten gekommen sei. Zu seinen Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. die Eingliederung befragt gab der Explorand an, er strebe eine volle Rente an. Die Einschränkungen seiner Leistungsfähigkeit seien vornehmlich körperlich bedingt und weniger durch die Sucht (etwas weniger als die Hälfte). Wenn er Geld hätte, würde er

wieder mehr Kokain konsumieren. Theoretisch könnte er sich eine Tätigkeit im grafischen Bereich vorstellen. Zu den Untersuchungsbefunden wurde festgehalten, der Explorand sei äusserlich gepflegt und altersgemäss gekleidet. Die Interaktionen im Rahmen der Anamneseerhebung und Exploration seien adäquat, er zeige eine ausreichende Kooperation. Die Motivationslage sei gut. Der Explorand sei 40 Jahre alt und wirke biologisch altersentsprechend. Er habe einen adipösen Ernährungszustand. Es bestünden keine Hinweise auf Vernachlässigung der Körperhygiene oder des äusseren Erscheinungsbildes. Der Explorand sei im Kontakt freundlich zugewandt, ein tragfähiger Kontakt sei durchgehend aufrecht zu erhalten. Die gestellten Fragen seien offen und ohne erkennbare Vorbehalte mit unauffälliger Antwortlatenz beantwortet worden. Am Ende der Begutachtung habe der Explorand seine Zufriedenheit damit bekundet. Der Explorand verfolge aufmerksam das gesamte Explorationsgeschehen. In dessen Verlauf liessen Aufmerksamkeit, Ausdauer und Konzentrationsvermögen nicht nach. Er könne sich stets auf die jeweiligen Gesprächsinhalte und –tempi angemessen ein- und umstellen. Der Explorand spreche mit kräftiger, gut modulierter Stimme; die Sprachfrequenz sei unauffällig. Formalgedanklich sei er rege, keineswegs depressiv gehemmt oder gar gesperrt. Ideenflucht oder Denkzerfahrenheit bestünden nicht. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent. Im inhaltlichen Denken zeigten sich keinerlei Auffälligkeiten, insbesondere keine psychotischen Denkinhalte, Schuldgefühle oder gar schuldwahnhafte Symptomatik. Es bestünden keine Hinweise für Halluzinationen oder illusionäre Verkennungen. Das Kurz- und Langzeitgedächtnis seien im klinischen Bild nicht gestört. Der Explorand könne sich durchaus an Details in der Anamnese erinnern. Es gelinge ihm, Sachverhalte zeitlich korrekt in ein Zeitraster einzuordnen (keine Zeitgitterstörung). Hinweise auf Derealisations- oder Depersonalisationsphänomene ergäben sich nicht. Störungen des Ich-Bewusstseins seien nicht vorhanden. Das Intelligenzniveau erscheine unter Berücksichtigung von schulischem und beruflichem Werdegang sowie klinischem Gesamteindruck als durchschnittlich. Die Willenskräfte seien durchaus strukturiert und zielgerichtet. Ambivalenz oder Ambitendenz bestünden nicht. Der Explorand könne Entscheidungen fällen und diese auch argumentativ vertreten. Er sei in der Lage, Spannungsbögen aufzubauen und diese auch durchzuhalten. Die Antriebslage sei erhalten, eine Antriebsminderung oder –steigerung liege nicht vor. Der Explorand sei psychomotorisch durchaus rege, er gebe sich psychomotorisch weder verlangsamt noch schwunglos oder depressiv gehemmt. Gestik, Mimik und Spontanmotorik seien angemessen; die Stimmung und der Affekt seien stets synthym. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit verfüge der Explorand über das gesamte Ausdrucksspektrum. Der Affekt bewege sich um die Mittellage. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei nicht beeinträchtigt. Ein Interessenverlust liege ebenso wenig vor wie ein sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen. Hinweise für Zwänge oder Phobien ergäben sich nicht, ebenso keine für eine Panikstörung. Ein Hinweis für eine Persönlichkeitsstörung oder –änderung sei nicht vorhanden. Die Urteils- und Kritikfähigkeit seien ausreichend vorhanden. Der Explorand sei handlungsfähig. Er erlebe sich vor dem Hintergrund seiner körperlichen, mehr als psychischen Einschränkungen als so handicapiert, dass er die Möglichkeit einer Rückkehr in eine regelmässige Tätigkeit dauerhaft für sich ausschliesse. Anamnestisch seien keine Hinweise auf eine wesentliche Beeinträchtigung der Grundbedürfnisse ersichtlich. Die medizinische Beurteilung lautete wie folgt: Der Explorand scheine eine weitgehend unauffällige Kindheit und Jugend gehabt zu haben. Trotz der Suchtproblematik sei es ihm gelungen, eine Ausbildung zum Elektromonteur mit Fähigkeitsausweis abzuschliessen. Er

habe auch in diesem Beruf einige Jahre gearbeitet. Seit dem Jahr 2010 gehe er keiner Tätigkeit mehr nach. Er sei seit zwölf Jahren verheiratet, die gemeinsamen vier Töchter und der erwachsene Sohn der Ehefrau (ebenfalls Methadonprogramm) lebten im Haushalt. Es bestehe eine mehr als 25-jährige Suchtanamnese. Innerhalb der letzten Jahre sei es zu multiplen Knochenbrüchen und Schnittverletzungen gekommen. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder -änderung seien nicht vorhanden. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität lautete wie folgt: Die angegebenen Beschwerden und das Verhalten während der Untersuchung seien konsistent und in Bezug auf die Akten, die Alltagsaktivitäten und die aktuell erhobenen Befunde nachvollziehbar. Auf Drogenscreening und Serumkonzentrationsbestimmung der Medikamente sei in Anbetracht der offenen Angaben des Exploranden und aufgrund der wegen der Suchtdynamik anzunehmenden Einnahme verzichtet worden. Die Aktenwürdigung lautete wie folgt: In den Unterlagen finde man vornehmlich Diagnosen in Zusammenhang mit der Suchtproblematik. So finde man im Austrittsbericht der F.____ vom 28. September 2020 (vgl. E. II. 4.8 hiervor) die Diagnose Abhängigkeitssyndrom durch multiplen Substanzgebrauch. Unüblicherweise seien trotzdem die einzelnen Abhängigkeiten separat aufgeführt und codiert worden. In Anbetracht der Angaben des Exploranden erscheine die Angabe einer Cannabis-Abhängigkeit unzutreffend. Unpassend zu den Angaben des Exploranden fehle ausserdem die Diagnose Psychotische Störung, worunter es unter erhöhtem Kokainkonsum gekommen sei. Im Arztbericht des Zentrums für heroingestützte Behandlung vom 5. Januar 2021 (vgl. E. II. 4.10 hiervor) finde sich zusätzlich die Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung, die allerdings gemäss ICD-10 nicht definiert sei. Es sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % postuliert worden, allerdings in geschützter Umgebung (was ohnehin einer Arbeitsfähigkeit von 0 % auf dem ersten Arbeitsmarkt entsprechen würde). Diese Einschätzung könne aus psychiatrischer Sicht nicht geteilt werden, dies insbesondere im Hinblick auf das aktuelle neuropsychologische Ergebnis. Zur Diagnostik nahm der Gutachter dahingehend Stellung, bei dem 40-jährigen gebürtigen Schweizer habe sich in der Jugend allmählich eine Suchtproblematik entwickelt. Er werde seit 20 Jahren mit Methadon substituiert, ausserdem erhalte er ein Benzodiazepin-Präparat. Er trinke ausserdem täglich eine grössere Menge Alkohol. Neben diesen eindeutigen Abhängigkeiten müsse aus suchtdynamischen Gründen auch eine latente Abhängigkeit von Kokain angenommen werden: Der Explorand beschreibe eindrücklich ein Craving, das unter Methylphenidat etwas supprimiert sei und ansonsten aus finanziellen Gründen nicht regelmässig umgesetzt werden könne. Es sei bemerkenswert, dass trotz dieser jahrelangen Suchtanamnese nicht deutlich mehr kognitive (und auch körperliche) Beeinträchtigungen vorhanden seien. Aufgrund von medizinisch-theoretischen Überlegungen sei davon auszugehen, dass die jahrelange Suchtanamnese zu strukturellen und funktionellen Alterationen im Gehirn (im Sinne einer Enzephalopathie) geführt habe. Es sei daher von einem hirnorganischen Psychosyndrom auszugehen. Dieses würde auch die neuropsychologischen Beeinträchtigungen erklären. Diese stünden auch für die quantitative Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Vordergrund. Überraschenderweise sei hier lediglich eine minimale bis leichte neuropsychiatrische Störung festgestellt worden, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % führe. Mit anderen Worten betrage die psychiatrisch bedingte Arbeitsfähigkeit 80 %, wobei eine angestammte Tätigkeit nicht definiert sei. Diese Einschätzung gelte für jede Art von Tätigkeit. Die Würdigung von Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen lautete wie folgt: Psychiatrisch bedingte Funktionsstörungen seien im Wesentlichen neuropsychologisch definiert:

Einbussen in der Arbeitseffizienz durch eine leicht reduzierte Merkspanne und Schwankungen im verbalen Abrufen und Diskriminieren sowie aufgrund einer leicht reduzierten Impulskontrolle. Der Explorand verfüge über gute Ressourcen in den komplexen Ich-funktionen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Interaktionskompetenz, Selbstregulation, Regressionsfähigkeit und Intentionalität. Er sei durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. Ein Rückzug aus sozialen Bereichen liege nicht vor. Das soziale Umfeld sei intakt. Das Zusammenleben mit Ehefrau und fünf Kindern gelte als interpersonelle Ressource. Positiv zu nennen sei auch die abgeschlossene Ausbildung. An Belastungsfaktoren seien zu nennen: Abhängigkeitserkrankung auch der Ehefrau, jahrelange Absenz vom Erwerbsleben, Wunsch nach IV-Rente ohne berufliche Beschäftigung. Psychosoziale Belastungen mit direkt negativen funktionellen Folgen könne man nicht benennen. In Anlehnung an das Mini-ICF-APP bestünden beim Exploranden Beeinträchtigungen in folgenden Fähigkeiten: Anwendung fachlicher Kompetenzen (leicht: Einbusse in der Arbeitseffizienz) und Durchhaltefähigkeit (leicht: Abnahme der Aufmerksamkeitskapazität). Die anderen Fähigkeiten seien nicht beeinträchtigt. Das Belastungsprofil wurde wie folgt umschrieben: Möglichkeit, Pausen einzulegen, keine hohen Anforderungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses. Tätigkeiten mit leichtem Zugang zu alkoholischen Getränken wären nicht geeignet (z.B. Gastronomie). Ausserdem sollten vorsichtshalber sehr differenzierte Arbeiten, welche eine hohe Aufmerksamkeit verlangen, gemieden werden, wie z.B.: Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie, Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionsarbeiten, Sortierarbeiten und Arbeiten an verletzungsträchtigen Maschinen. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit wurde mit 8,5 Stunden pro Tag angegeben; dabei bestehe eine um 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit wegen leicht reduzierter Arbeitseffizienz und leicht erhöhtem Pausenbedarf. In Anbetracht der Suchtanamnese und des eigen- und aktenanamnestisch anzunehmenden relativ gleichmässigen Verlaufs der letzten Jahre könne diese Einschätzung auch für die vergangenen Jahre angenommen werden (auch für den Zeitraum ein Jahr vor der IV-Anmeldung im Oktober 2020; IV-Nr. 32.1 S. 15 ff.). 4.11.2 Bei der orthopädisch/traumatologischen Teilbegutachtung vom 21. Juni 2022 (Dr. med. L.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) gab der Explorand an, er habe sich mit 12 Jahren sein rechtes Sprunggelenk dreifach gebrochen (Ferse, Schien- und Wadenbein) und sei operiert worden. Mit 18 Jahren sei ein Wadenbeinbruch links operiert worden. Beide Beine hätten schon immer Probleme gemacht. In der Lehre habe er mit 16 Jahren Probleme mit der Wirbelsäule bekommen. Dann sei eine Fehlbelastung der Wirbelsäule durch einen erheblichen Beckenschiefstand festgestellt worden. Deshalb habe er keinen Militärdienst leisten müssen. Vor zwei Jahren habe er kniegelenksnah das rechte Schienbein gebrochen; dieses schmerze sehr oft. Dies sei in der Corona-Zeit gewesen und vielleicht wäre eine Operation notwendig gewesen. Mit 20 Jahren (2002) habe er eine schwere Schnittverletzung mit Sehnendurchtrennung am rechten Handrücken und am Zeigefinger erlitten. Diese Verletzungen seien im M.____ behandelt worden. Seitdem könne er den Daumen in abgespreizter Daumenstellung nicht mehr komplett beugen. Dies sei jedoch nicht so sehr ein Problem, aber die Kraft der rechten Hand sei seitdem vermindert. Dies sei für seine bisherige Tätigkeit als Elektriker schlecht. Ausserdem habe er sich den linken Ellenbogen und das rechte Schlüsselbein gebrochen und er habe sich bei einem Sturz in die Aare einen offenen Kleinfingerbruch links und eine

schwere Prellung im Bereich der rechten Flanke zugezogen. Sein Hauptproblem sei der Rücken. Er habe extreme Rückenschmerzen und sei sehr unbeweglich geworden. Physiotherapie habe nicht wirklich etwas gebracht. Die Sprunggelenke und das Schlüsselbein verursachten keine Beschwerden. Zum beruflichen Werdegang wurde angegeben, der Explorand habe von 1998 bis 2002 eine Berufsausbildung zum Elektromonteur mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis bei der [...] AG, [...], absolviert. Anschliessend habe er in dieser Firma noch ein Jahr lang als Elektromonteur gearbeitet. Danach habe er bis zum Jahr 2010 temporär als Elektromonteur gearbeitet, u.a. auch in dem Geschäft, in dem der Bruder als Elektromonteur arbeite. Die letzte Tätigkeit sei eine Vollzeitstelle bei der Firma [...] von ca. September 2010 bis ca. November 2010 gewesen. Danach habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither sei der Explorand Hausmann und lebe von der Sozialhilfe. Zu den Untersuchungsbefunden wurde angegeben, es bestehe ein flüssiges Gangbild vom Wartebereich bis in das Untersuchungszimmer. Während der Erhebung der Anamnese sitze der Explorand ruhig und ohne ersichtlichen Leidensdruck auf seinem Stuhl. Das Be- und Entkleiden erfolge sowohl im Sitzen als auch im Stehen ohne sichtbare Einschränkungen. Das Aus- und Anziehen des Oberkörpers erfolge mit beiden Armen über den Kopf. Die spontanen Bewegungen seien unauffällig. Im Rahmen der medizinischen Beurteilung wurde angegeben, der Explorand lebe zusammen mit seiner Ehefrau und seinen Kindern in einer 6.5-Zimmer-Mietwohnung im Erdgeschoss und im 1. Stock ohne Lift. Er sei verheiratet und habe fünf gesunde Kinder. Einen Fahrausweis habe er nicht mehr. Die Arbeiten im Haushalt erledige die Ehefrau, wobei sie vom Exploranden unterstützt werde. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, der Explorand könne sich eine Tätigkeit ohne körperliche Belastungen in einem 50%igen Pensum in Abhängigkeit seiner psychischen Einschränkungen vorstellen. Von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden im Rahmen des körperlichen Belastungsprofils keine relevanten Einschränkungen in den Lebensbereichen von Beruf, Freizeit und Haushalt. Der nur gelegentliche Analgetikabedarf, die fehlende Inanspruchnahme einer entsprechenden fachärztlichen Behandlung sowie der aktuell erhobene klinische und radiologische Untersuchungsbefund der Lendenwirbelsäule seien diskrepant zu den angegebenen extremen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Aufgrund der angeborenen und degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule seien gelegentlich auftretende belastungsabhängige pseudoradikuläre Beschwerden mit Ausstrahlung in beide Gesässhälften nachvollziehbar, allerdings nicht in dem vom Exploranden geschilderten Ausmass. Im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung hätten keine Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen oder gar Aggravation des Exploranden bestanden. Zusammenfassend kam die Teilgutachterin zum Schluss, von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden beim Exploranden keine Erkrankungen mit relevanter Auswirkung auf dessen Arbeitsfähigkeit. Eine orthopädisch/traumatologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit konnte nicht gestellt werden. Als orthopädisch/traumatologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Leiden aufgelistet: «belastungsabhängiges pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei geringen Facettengelenksarthrosen von LWK 5/SWK 1 und geringer linkskonvexer lumbaler Skoliose bei angeborenem Beckentiefstand links von 1.5 cm; minimales posttraumatisches Streckdefizit des linken Ellenbogens ohne funktionelle Einschränkung; geringe posttraumatische Bewegungseinschränkung des linken Kleinfinger-Mittelgelenkes; geringe posttraumatische Einschränkung der Beugung des

rechten Handgelenks und Streckung des rechten Daumens; Adipositas (BMI 32.9 kg/m²). Zum Verlauf wurde angegeben, soweit dies anhand der angegebenen Anamnese sowie des aktuell erhobenen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefundes beurteilbar sei, werde die bisherige Behandlung des Stütz- und Bewegungsapparates von orthopädisch-traumatologischer Seite als adäquat beurteilt. Von orthopädisch-traumatologischer Seite sei anhand der aktuellen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in einer leidensadaptierten, dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit ab sofort und in vollem Umfang möglich. Die Würdigung von Fähigkeiten und Ressourcen und Belastungen lautete dahingehend, als Ressourcen seien die sehr gute berufliche Ausbildung als Elektromonteur mit Fähigkeitszeugnis, die stabilen familiären Verhältnisse und die Unterstützung sowie der angegebene Arbeitswille des Exploranden zu nennen. Als Belastung werde die fehlende berufliche Tätigkeit seit dem Jahr 2010 eingeschätzt. Aufgrund des belastungsabhängigen pseudoradikulären Lumbalsyndroms bestehe eine Verminderung der körperlichen Belastbarkeit des Exploranden für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule. Körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule seien zumutbar. Für eine solche Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 8,5 Stunden pro Tag ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Ab Oktober 2019 sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Exploranden auszugehen (IV-Nr. 32.1 S. 30 ff.).

4.11.3 Dem internistischen Teilgutachten vom 6. Juli 2022 (Untersuchung vom 23. Juni 2022; Prof. Dr. med. univ. N.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie und Kardiologie) können keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Von internistischer Seite bestünden unter Ausblendung der Suchtproblematik eine Adipositas (BMI 32.7 kg/m²), ferner eine moderate Varikositäts (Krampfadern) der unteren Extremitäten und bei geringen Knöchelödemen beidseits der Verdacht auf eine venöse Stauungsproblematik. Diese Diagnosen seien ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Das Belastungsprofil sei aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus internistischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit (8,5 Std. pro Tag) ohne Leistungseinschränkung. Aus internistischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-Nr. 32.1 S. 49 ff.).

4.11.4 Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 29. Juni 2022 (Untersuchung vom 23. Juni 2022; lic. phil. O.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP) geht hervor, innerhalb des erhobenen neuropsychologischen Befundprofils mit überwiegend normgerechten Befunden zeigten sich keine unplausiblen Befunde oder Befundkonstellationen. Auch bestünden keine Diskrepanzen zu beklagten Beschwerden oder beschriebenen Alltagsaktivitäten. Es werde von validen neuropsychologischen Befunden ausgegangen. Zur neuropsychologischen Diagnostik wurde dargelegt, gesamthaft bestehe beim Exploranden eine minimale bis leichte neuropsychologische Störung mit jeweils leichten Beeinträchtigungen in Teilbereichen des verbalen Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen sowie einer minimalen bis leicht reduzierten Belastbarkeit im kognitiven Bereich. Ätiologisch seien die festgestellten Defizite am ehesten im Rahmen der eigenanamnestisch beschriebenen und in den Akten dokumentierten langjährigen polytoxikomanen Abhängigkeitserkrankung zuzuordnen. Zur Beurteilung des bisherigen Verlaufs wurde festgehalten, eine neuropsychologische Therapie habe bisher nicht stattgefunden und sei auch aufgrund der aktuell erhobenen, lediglich minimalen bis

allenfalls leichten Befunde nicht indiziert. Im Vordergrund stehe die Behandlung der Suchtproblematik. Angesichts der vom Exploranden berichteten langjährigen Abhängigkeitserkrankung verfüge dieser über erfreulich gute kognitive Ressourcen. Aus neuropsychologischer Sicht sei dem Exploranden zur Schonung eben dieser Ressourcen eine Drogen- und Alkoholabstinenz dennoch zu empfehlen. Funktionsstörungen bestünden beim Exploranden durch eine leicht reduzierte Merkspanne und Schwankungen im verbalen Abrufen und Diskriminieren sowie aufgrund einer leicht reduzierten Impulskontrolle. Tätigkeitsbezogen seien dadurch im Beruf wie auch im Alltag Einbussen in der Arbeitseffizienz denkbar. Des Weiteren bestehe beim Exploranden ein leicht erhöhter Pausenbedarf. Eine Belastung sei neben der Abhängigkeitserkrankung die Sorge um die berufliche und allgemeine Entwicklung des Sohnes. Ressource sei ein eingeschätzt durchschnittliches intellektuelles Leistungsniveau sowie ein über weite Strecken normgerechtes kognitives Leistungsvermögen. Des Weiteren gebe der Explorand die Ehefrau und die Familie sowie die aktuelle Wohnsituation als Ressource an. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne der Explorand 7.5 Stunden pro Tag anwesend sein. Aufgrund der minimalen bis leichten kognitiven Funktionsstörung bestehe eine Leistungseinschränkung von 10 %. In der bisherigen Tätigkeit als Elektromonteur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (rechnerisch 79 %). Diese Einschätzung gelte mangels neuropsychologischer Vorbefunde ab dem Datum der aktuellen Begutachtung am 23. Juni 2022. Eine angepasste Tätigkeit zeichne sich dadurch aus, dass der Explorand die Möglichkeit habe, Pausen einzulegen; es sollten zudem keine hohen Anforderungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses gestellt werden. Aus neuropsychologischer Sicht seien Einschränkungen durch eine leicht reduzierte Arbeitseffizienz und ein leicht erhöhter Pausenbedarf in jeglichen Tätigkeiten im freien Arbeitsmarkt gleichermassen zu erwarten. In einer solchen Tätigkeit sei eine Präsenz von 7.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung von 10 % wegen der minimalen bis leichten kognitiven Funktionsstörung zumutbar. Die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit betrage ebenfalls 80 % ab 23. Juni 2022. Es bestehe keine Indikation für eine spezifische neuropsychologische Therapie (IV-Nr. 32.1 S. 60 ff.). 4.12 Dem Bericht des aktuellen Hausarztes Dr. med. D.____ vom 17. November 2023 kann die Diagnose «Abhängigkeitssyndrom von Opiaten und Kokain, gegenwärtig Teilnahme an einem Methadonersatzprogramm» entnommen werden. Im Weiteren führte der Hausarzt aus, es bestehe eine 25-jährige Suchtanamnese mit Gebrauch von multiplen Substanzen. Aktuell werde der Patient mit Methadon 200 mg sowie Seresta und Ritalin (Kokain) substituiert. Er, Dr. med. D.____, habe den Patienten zwischen 2005 und 2006 sehr intensiv begleitet während seiner ersten Drogenabhängigkeit. Im Jahr 2005 sei es zu mehreren Hospitalisationen gekommen, zum Teil auch mit fürsorgerischer Unterbringung wegen epileptischen Anfällen und Aggressivität. Mit dem Methadonprogramm sei im Jahr 2004 begonnen worden. Danach sei der Umzug des Patienten nach [...] erfolgt und er sei dort von seinem Hausarzt vor Ort (Dr. med. H.____, vgl. E. II. 4.9 hiervor) betreut worden. Seit dem Jahr 2019 erfolge die Betreuung wieder durch ihn, Dr. med. D.____. Anamnestisch sei im Jahr 2020 eine Hospitalisation wegen einer Psychose erfolgt; dazu seien aber keine Berichte vorhanden. Der Patient könne aus hausärztlicher Sicht aufgrund seiner schweren Suchterkrankung realistischerweise nicht mehr im ersten Arbeitsmarkt arbeiten. Das Arbeitstempo sei wenig hoch, die Flexibilität und die Merkfähigkeit seien erniedrigt und die Konzentrationsfähigkeit scheinbar eingeschränkt. Im Rahmen der hausärztlichen Kontrollen wirke der Patient freundlich und zugewandt, aber deutlich verlangsamt, sodass man sich nicht vorstellen könne, wie er mit

diesen neuropsychologischen Defiziten wieder arbeiten könne (BB 4). 5.

E. 4

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

E. 5

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom

E. 5.1

5.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 14. Juni 2023 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Abklärungen liege keine IV-relevante Diagnose vor, welche eine anspruchrelevante längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen, ohne hohe Anforderungen im verbalen Gedächtnis, ohne leichten Zugang zu alkoholischen Getränken und ohne hohe Anforderungen der Aufmerksamkeit (wie z.B. Überwachungs-, Prüf- oder Kontrollarbeiten oder das Bedienen von Maschinen) wäre dem Beschwerdeführer rückwirkend wie auch weiterhin ganztags mit einer Leistungseinschränkung von 20 % zuzumuten. Gesamthaft bestehe demnach medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Es bestünden keine anspruchrelevanten Einschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % zur Folge hätten. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege somit nicht vor. Zu den Einwänden wurde dargelegt, gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto habe der Beschwerdeführer nie eine längerdauernde Arbeit ausgeübt. Es könne somit nicht überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass im Gesundheitsfall eine Tätigkeit als Elektromonteur ausgeübt worden wäre. Eine angestammte Tätigkeit könne daher nicht definiert werden. Die einjährige Wartezeit für die Entstehung eines allfälligen Rentenanspruchs sei nicht erfüllt. Dem B. ___-Gutachten vom 5. Januar 2023 komme voller Beweiswert zu. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt. Die Durchführung eines Einkommensvergleichs erübrige sich (IV-Nr. 45; A.S. 1 ff.). 5.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2023 sei aufzuheben. Es seien ihm die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % ab wann rechtens auszurichten; eventualiter sei die Beschwerdesache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023 wird der vorerwähnte Eventualantrag in dem Sinne abgeändert, als der Beschwerdeführer geltend machen lässt, eventualiter sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten zu veranlassen (vgl. Protokoll vom 5. Dezember 2023, S. 2; A.S. 38). Zur Begründung wird im Wesentlichen dargelegt, die Verhältnisse des Beschwerdeführers seien von der Beschwerdegegnerin nicht rechtskonform abgeklärt worden. Insbesondere erweise sich das polydisziplinäre B. ___-Gutachten als unvollständig und damit nicht als beweiskräftig. Es sei nicht geprüft worden, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer einem potentiellen Arbeitgeber zugemutet werden könne. Dies sei mit Blick auf die langjährige und schwere Mehrfachabhängigkeitserkrankung erstaunlich; die Prüfung dieser

Frage hätte sich bei der Beurteilung des Rentenanspruchs geradezu aufgedrängt. Die Abstinenz von verschiedenen Suchtmitteln, von welchen der Beschwerdeführer abhängig sei (Alkohol, Methadon, Kokain, Amphetamine usw.), könne ihm laut gutachterlicher Feststellung nicht zugemutet werden. Daraus müsse gefolgert werden, dass grundsätzlich eine Gefährdung der Arbeitssicherheit bestehe. Das psychiatrische Teilgutachten der B.____ vermöge nicht zu überzeugen. Primäre Erkrankungen, welche der Sucht zugrunde liegen könnten, wie z.B. Angst-, Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen, seien nicht gezielt abgeklärt worden. Dies sei nicht hinnehmbar, da anamnestisch einschneidende Lebensereignisse vorgekommen seien. So sei der Beschwerdeführer im Alter von fünf Jahren von seinen Eltern auf einer Raststätte liegen gelassen und lange gesucht worden. Ein halbes Jahr später seien die Eltern in den Ferien abgefahren, ohne bemerkt zu haben, dass sie ihren Sohn vergessen hätten. Ausserdem habe der Beschwerdeführer als Jugendlicher ab dem 12. Lebensjahr viele Unfälle erlitten. In der Zeit der Lehre bzw. im Alter von 16 Jahren sei sein Vater an einem Hirntumor erkrankt und jung verstorben. Der Vater habe zu Hause sterben wollen und der Beschwerdeführer habe ihn gepflegt, was ihn stark belastet habe, zumal er einen Suizidversuch seines Vaters miterlebt habe. Es sei zu einer sechsmonatigen Krankschreibung gekommen. Im Weiteren sei im Bericht des Zentrums für heroingestützte Behandlung vom 5. Januar 2021 die Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) angegeben worden. Die Berichte des nachbehandelnden Psychotherapeuten Dr. med. J.____, Suchtbehandlungszentrum [...], seien weder von der Beschwerdegegnerin noch vom psychiatrischen Teilgutachter beigezogen worden. Dr. med. K.____ habe in seinem Teilgutachten lediglich festgehalten, Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder -änderung bestünden nicht. Das Negieren einer Persönlichkeitsstörung stehe im Widerspruch zum Bericht von lic. phil. I.____, welcher die Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung aufgeführt habe. Die Äusserung des psychiatrischen Teilgutachters, wonach die unreife Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht definiert sei, könne nicht nachvollzogen werden. Die unreife Persönlichkeitsstörung stelle eine Diagnose in der ICD-10 dar, welche durch mangelnde emotionale Entwicklung, geringe Toleranz gegenüber Stress und Ängsten, Unfähigkeit zur Übernahme persönlicher Verantwortung und Abhängigkeit von altersunangemessenen Abwehrmechanismen gekennzeichnet sei. Das psychiatrische Teilgutachten mit nur einem Interview und fehlenden Fremdbereichten (Dr. med. J.____) sowie ohne Fremdanamnese (Ehefrau, Sozialarbeiter usw.) fusse somit auf unvollständigen Erhebungen. Insbesondere wäre auch die Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung infolge einer langjährigen, schweren und aktiven Mehrfachabhängigkeitserkrankung bzw. psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Cannabinoide usw., wie sie im Bericht der F.____ vom 28. September 2020 aufgeführt worden seien, zu diskutieren gewesen. Auch die Erhebung des Funktionsniveaus im Gutachten vermöge nicht zu überzeugen. Der Beschwerdeführer pflege so gut wie keine Kontakte mehr mit Drittpersonen ausserhalb seiner eigenen Familie. Er habe dem psychiatrischen Teilgutachter berichtet, dass er manchmal den Bezug zur Realität verliere. Aktenkundig seien auch Vorkommnisse mit Fremdaggressivität. Der damalige Hausarzt Dr. med. H.____ habe am 1. November 2020 berichtet, dass der Beschwerdeführer «in seiner Hausarztpraxis nicht mehr führbar» sei, sodass er den Patienten ins [...] überwiesen habe. In dessen Bericht vom 5. Januar 2021 sei berichtet worden, dass der Beschwerdeführer nicht zuverlässig in der Wahrnehmung seiner Termine sei. Auch die somatische Begutachtung durch die B.____ sei unvollständig. Eine kardiologische Abklärung sei unterlassen worden. Ohne eine solche könne nicht

rechtskonform das Vorliegen einer Herzinsuffizienz, welche angesichts des schweren und jahrelangen Substanzgebrauchs auch nicht unwahrscheinlich erscheine, und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt werden. Demnächst seien auch neue Abklärungsergebnisse betreffend die Beschwerden am Bewegungsapparat zu erwarten (Beschwerde, S. 4 ff.). An der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023 erneuert der Beschwerdeführer die oben wiedergegebenen Einwände mit der vorerwähnten Änderung des Eventualbegehrens und reicht weitere medizinische Unterlagen (BB 4 bis 15) ein (vgl. Protokoll vom 5. Dezember 2023; A.S. 37 ff.). 5.2 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste, vier Disziplinen umfassende interdisziplinäre (internistische, neuropsychologische, orthopädisch/traumatologische und psychiatrische) B.____-Gutachten vom 5. Januar 2023 beruht für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 21. und 23. Juni sowie 7. November 2022, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung; IV-Nr. 32.1 S. 5 ff.) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt. Sämtliche Teilgutachten und auch die Konsensbeurteilung wurden von den Gutachtern unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Administrativgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiavor).

E. 5.3

5.3.1 Zum Einwand des Beschwerdeführers, es sei nicht geprüft worden, in welchem Ausmass er einem potentiellen Arbeitgeber zugemutet werden könne und ob er infolge der langjährigen schweren Mehrfachabhängigkeitserkrankung an einer relevanten Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung leide (Beschwerde, S. 4 ff. Ziff. 5 bis 7) ist Folgendes festzuhalten: Der psychiatrische B.____-Teilgutachter, Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem psychiatrischen Teilgutachten aufgrund seiner Untersuchung vom 7. November 2022 und nach einer Würdigung der Vorakten (vgl. Anhang 1, IV-Nr. 32.1 S. 12 ff.) und der Anamnesen sowie nach einer eingehenden Befragung des Beschwerdeführers zu seinen aktuellen Beschwerden fest, es bestünden keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder -änderung (IV-Nr. 31.2 S. 22). Er stützte sich dabei auf die von ihm erhobenen Untersuchungsbefunde, welche sich weitgehend unauffällig präsentierten (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 20 ff. Ziff. 4.3), und auch auf die systematische psychiatrische Anamnese, wonach Charaktereigenschaften, die zu einer Persönlichkeitsstörung passen könnten, nicht eruierbar seien (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 17). Im Weiteren stellte der psychiatrische Teilgutachter auf die Untersuchungsergebnisse des neuropsychologischen Teilgutachters lic. phil. O.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, vom 23. Juni 2022 ab, wonach beim Beschwerdeführer gesamthaft eine minimale bis leichte neuropsychologische Störung mit jeweils leichten

Beeinträchtigungen in Teilbereichen des verbalen Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen sowie einer minimalen bis leicht reduzierten Belastbarkeit im kognitiven Bereich bestehe. Der Psychologe kam zum Schluss, ätiologisch seien diese festgestellten Defizite am ehesten der eigenanamnestisch beschriebenen und in den Akten dokumentierten langjährigen polytoxikomanen Abhängigkeitserkrankung zuzuordnen (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 22 f. und 73). Dr. med. K.____ berücksichtigte die psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insoweit, als er eine Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 100 % (8.5 Std. pro Tag) mit einer um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit attestierte, wobei er die Leistungseinschränkung mit einer leicht reduzierten Arbeitseffizienz und einem leicht erhöhten Pausenbedarf begründete (IV-Nr. 32.1 S. 26 f.). Ausserdem definierte er das Belastungsprofil des Beschwerdeführers, welches plausibel erscheint (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 26; vgl. E. II. 4.11.1 hiervor). Die umfassende Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters ist nachvollziehbar und überzeugt.

5.3.2 Zu der im Bericht von lic. phil. I.____ vom 5. Januar 2021 gestellten Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung (F60.8; vgl. IV-Nr. 10 S. 3 Ziff. 2.5; vgl. E. II. 4.10 hiervor) nahm Dr. med. K.____ dahingehend Stellung, diese sei gemäss ICD-10 nicht definiert und es sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in geschützter Umgebung postuliert worden, was einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt entspreche; diese Einschätzung könne aus psychiatrischer Sicht insbesondere im Hinblick auf das aktuelle neuropsychologische Ergebnis nicht geteilt werden (IV-Nr. 32.1 S. 24). Dem ist beizupflichten. Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung infolge einer langjährigen, schweren und aktiven Mehrfachabhängigkeitserkrankung hätte im psychiatrischen Teilgutachten eingehend diskutiert werden müssen, ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. K.____ – wie erwähnt – weitgehend unauffällige Untersuchungsbefunde erhob und keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder –änderung feststellen konnte. Auch der neuropsychologische Teilgutachter lic. phil. O.____ kam zum Schluss, innerhalb des erhobenen neuropsychologischen Befundprofils mit überwiegend normgerechten Befunden seien keine unplausiblen Befunde oder Befundkonstellationen ersichtlich (IV-Nr. 32.1 S. 72). Der psychiatrische Teilgutachter stellte bei seiner Untersuchung des Beschwerdeführers weder eine mangelnde emotionale Entwicklung noch eine geringe Toleranz gegenüber Stress und Ängsten fest; auch eine Unfähigkeit zur Übernahme persönlicher Verantwortung oder eine Abhängigkeit von altersunangemessene Abwehrmechanismen waren im Rahmen der Befunderhebung nicht eruierbar. Ängste, Zwänge oder ein Verhalten, welches auf eine Persönlichkeitsstörung hinweisen könnte, gehen weder aus der systematischen psychiatrischen Anamnese noch aus den Untersuchungsbefunden hervor (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 17). Demnach kann nicht vom Bestehen einer Persönlichkeitsstörung oder –änderung ausgegangen werden. Auf die von lic. phil. I.____ in seinem Bericht vom 5. Januar 2021 gestellte Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung ist nicht abzustellen, zumal sie von ihm weder substantiiert noch begründet wurde und auch aus den übrigen ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen keine solche Diagnose hervorgeht. Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, ob die von lic. phil. I.____ gestellte Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) nach den Angaben des psychiatrischen Teilgutachters gemäss ICD-10 definiert ist oder nicht. Ausschliesslich die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse vom 23. Juni 2022 ergaben wie erwähnt lediglich eine minimale bis leichte neuropsychologische Störung mit jeweils leichten

Beeinträchtigungen in Teilbereichen des verbalen Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen sowie einer minimalen bis leicht reduzierten Belastbarkeit im kognitiven Bereich. Es bestünden Einbussen in der Arbeitseffizienz, wobei keine Indikation für eine spezifische neuropsychologische Therapie bestehe (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 22 und 73). Aufgrund dieser Abklärungsergebnisse erscheint die gutachterlich festgesetzte Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit im Ausmass von 80 % als plausibel. Die von Dr. med. K. ___ diagnostizierte unspezifische hirnorganische psychische Störung durch Abhängigkeit von multiplen psychotropen Substanzen (ICD-10: F19.8) hat nach der Beurteilung des psychiatrischen Teilgutachters keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit; die leicht reduzierte Arbeitseffizienz und der leicht erhöhte Pausenbedarf führen zu einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 8 ff., 22 ff. und 73 ff.). Es ist somit nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer bei dieser fachärztlich festgestellten erheblichen Restarbeitsfähigkeit einem potentiellen Arbeitgeber auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht zugemutet werden könnte. Angesichts seines regelmässigen massiven Alkoholkonsums und seiner Mehrfachabhängigkeit kann nicht von vornherein gesagt werden, er würde sich bei der Ausübung einer adaptierten Arbeitstätigkeit inadäquat verhalten und sich oder andere gefährden. So gelang es ihm trotz seiner seit 25 Jahren bestehenden Suchtproblematik, im Jahr 2002 eine Berufsausbildung zum Elektromonteur mit Fähigkeitsausweis abzuschliessen, und er konnte einige Jahre (bis 2010) auf diesem Beruf arbeiten (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 23 und 39). Auf die Berichte der behandelnden Ärzte, wonach aufgrund der Mehrfachabhängigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem ersten Arbeitsmarkt auszugehen sei (vgl. E. II. 4.9., 4.10 und 4.12 hiervor), kann mangels konkreter Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen B. ___-Teilgutachtens sprechen (vgl. E. II. 3.3 hiervor), nicht abgestellt werden. Es gilt zu beachten, dass sich die behandelnden Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, weshalb deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustands verfolgen und deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 erfüllen. Die Berichte von behandelnden Ärzten sind zwar nicht von vornherein ohne Beweiswert, doch ist bei ihnen der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte wegen ihrer auftragsrechtlichen Stellung eher zugunsten ihre Patienten aussagen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_528/2021 vom 11. Februar 2022 E. 4.2. und 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1.2, je mit Hinweisen). 5.3.3 Im Weiteren geht aus dem Bericht von lic. phil. I. ___ vom 5. Januar 2021 hervor, dass der Beschwerdeführer im [...] -Zentrum [...], [...], keine weiteren Termine wahrnahm (vgl. IV-Nr. 10 S. 2 Ziff. 1.2). Demnach bestand weder für die Beschwerdegegnerin noch für den psychiatrischen Teilgutachter Anlass, weitere Berichte von Dr. med. J. ___ beizuziehen, welcher offenbar für allfällige spätere Kontrollen vorgesehen war. Dr. med. K. ___ stellte im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung zur Konsistenz und Plausibilität fest, die angegebenen Beschwerden und das Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung seien konsistent und in Bezug auf die Akten, die Alltagsaktivitäten und die aktuell erhobenen Befunde nachvollziehbar. Auf ein Drogenscreening und eine Serumkonzentrationsbestimmung der Medikamente konnte in Anbetracht der offenen Angaben des Beschwerdeführers hierzu und aufgrund der wegen der Suchtdynamik anzunehmenden Einnahme verzichtet werden (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 23). Angesichts der weitgehend unauffälligen Befunderhebung kann nachvollzogen werden, dass Dr. med.

K.____ keine Fremdanamnese erhob. Für solche weiteren Abklärungsmassnahmen, insbesondere auch die Befragung der Ehefrau oder eines Sozialarbeiters, bestand kein Grund. Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023 liess der Beschwerdeführer noch darauf hinweisen, er habe vor der psychiatrischen Teilbegutachtung vom 7. November 2022 eine Flasche Baccardi-Rum getrunken, weshalb die an der psychiatrischen Teilbegutachtung erstellten Tonaufnahmen (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 16) abzuhören seien. Er habe mit einem lallenden Ton gesprochen und sei verlangsamt und berauscht gewesen (vgl. Protokoll vom 5. Dezember 2023, S. 2; A.S. 38). Diese Angaben gehen aus dem psychiatrischen Teilgutachten so nicht hervor. Vielmehr wurde bei der Befunderhebung festgestellt, der Beschwerdeführer spreche mit kräftiger, gut modulierter Stimme, die Sprachfrequenz sei unauffällig und die Wortwahl des Beschwerdeführers sei einfach, angemessen und ausreichend differenziert. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent, im inhaltlichen Denken hätten sich keinerlei Auffälligkeiten gezeigt, das Kurz- und Langzeitgedächtnis seien im klinischen Befund nicht gestört und die Willenskräfte strukturiert und zielgerichtet (IV-Nr. 32.1 S. 21). Somit kann nicht davon ausgegangen werden, dass sich der Beschwerdeführer während der Begutachtung in einem derart alkoholisierten Zustand befunden hätte, dass deswegen die psychiatrische Teilbegutachtung nicht ordnungsgemäss hätte durchgeführt werden können. Damit besteht für das Gericht kein Anlass, die anlässlich der psychiatrischen Teilbegutachtung erstellten Tonaufnahmen (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 16 Ziff. 3) abzuhören. Es gilt zu beachten, dass sämtliche vier Gutachter im Rahmen ihrer Gesamtbeurteilung – in Kenntnis der langjährigen Suchtproblematik des Beschwerdeführers – aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse in den jeweiligen Fachdisziplinen zum Schluss kamen, der Beschwerdeführer sei in einer adaptierten Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 80 % arbeits- bzw. leistungsfähig, wobei diese Einschätzung in Anbetracht der Suchtanamnese und des eigen- und aktenanamnestisch anzunehmenden relativ gleichmässigen Verlaufs der letzten Jahre auch für die vergangenen Jahre angenommen werden könne (IV-Nr. 32.1

E. 6

September 2023 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 34). 2.3 Mit Instruktionsverfügung vom 26. Oktober 2023 wird dem Beschwerdeführer ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. Im Weiteren werden die Parteien zur vom Beschwerdeführer beantragten öffentlichen Hauptverhandlung vom Dienstag, 5. Dezember 2023, vorgeladen (A.S. 35 f.). 2.4 Am 5. Dezember 2023 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Hauptverhandlung durch (siehe Protokoll der Verhandlung vom 5. Dezember 2023; A.S. 37 ff.). Anlässlich dieser Verhandlung reichen der Beschwerdeführer weitere medizinische Berichte (Beschwerdebeilagen [BB] Nr. 4 bis 15) und sein Rechtsvertreter die Kostennote ein (A.S. 41 f.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und / oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat und ob allenfalls weitere ergänzende medizinische und / oder berufliche Abklärungen zu veranlassen sind. 1.3 Am 1. Januar 2022 sind zahlreiche Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft getreten. Wenn ein Anspruch vor diesem Datum entstanden ist, bleiben bei einem Versicherten, der wie der Beschwerdeführer im

Jahr 1982 geboren ist, grundsätzlich auch weiterhin die bis Ende 2021 gültig gewesenen Bestimmungen massgebend (vgl. IVG, Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 [Weiterentwicklung der IV], lit. b Abs. 1). Die hier zu beurteilende Anmeldung erfolgte am 16. Oktober 2020 (vgl. IV-Nr. 2). Ein Anspruch könnte demnach frühestens im April 2021 entstanden sein (vgl. E. II. 2.2 hiernach). Nachstehend wird daher auf die Regelung Bezug genommen, welche bis Ende 2021 in Kraft war. 1.4 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2023 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2.

E. 8

f.). Darauf ist abzustellen. 5.4 Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, auch die Erhebung des Funktionsniveaus des Beschwerdeführers im Gutachten vermöge nicht zu überzeugen (Beschwerde, S. 7 f. Ziff. 8). Dazu ist festzuhalten, dass Dr. med. K.____ im Rahmen seiner Beurteilung feststellte, dem Beschwerdeführer sei es trotz seiner Suchtproblematik gelungen, eine Ausbildung zum Elektromonteur mit Fähigkeitsausweis abzuschliessen, wobei er diesen Beruf auch einige Jahre ausgeübt habe (IV-Nr. 32.1 S. 23). Der psychiatrische Teilgutachter kam im Weiteren zum Schluss, es sei bemerkenswert, dass trotz dieser jahrelangen Suchtanamnese nicht deutlich mehr kognitive (und auch körperliche) Beeinträchtigungen vorhanden seien. Die jahrelange Suchtanamnese habe wohl zu strukturellen und funktionellen Alterationen im Gehirn geführt, weshalb von einem hirnorganischen Psychosyndrom auszugehen sei. Dieses erkläre die neuropsychologischen Beeinträchtigungen. Diese stünden für die quantitative Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht im Vordergrund. Überraschenderweise sei hier lediglich eine minimale bis leichte neuropsychologische Störung festgestellt worden, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % für jede Tätigkeit führe (IV-Nr. 32.1 S. 24). Diese Einschätzung steht in Einklang mit den vom psychiatrischen Teilgutachter festgestellten Fähigkeiten und Ressourcen, wonach der Beschwerdeführer über gute Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Interaktionskompetenz, Selbstregulation, Regressionsfähigkeit und Intentionalität verfüge. Er sei durchaus in der Lage, Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. Ein Rückzug aus sozialen Bereichen liege nicht vor und das soziale Umfeld sei intakt. Das Zusammenleben mit der Ehefrau und den fünf Kindern gelte als interpersonelle Ressource und die abgeschlossene Ausbildung wirke sich positiv aus. Auch in Anlehnung an das MINI-ICF-APP-Rating waren weitgehend unauffällige Ergebnisse festzustellen (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 25). Diese Einschätzung von Dr. med. K.____ steht auch in Übereinstimmung mit den eigenen Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen der vertiefenden Befragung, wonach seine körperlichen Beeinträchtigungen im Vordergrund stünden (IV-Nr. 32.1 S. 17). Die Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit sei vornehmlich körperlich bedingt, weniger durch die Sucht (IV-Nr. 32.1 S. 20). Vor diesem Hintergrund bestehen keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer einem potentiellen Arbeitgeber auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr zuzumuten wäre. Der psychiatrische Teilgutachter definierte das Belastungsprofil einer optimal angepassten Tätigkeit (Möglichkeit, Pausen einzulegen; keine hohen Anforderungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses; Tätigkeiten mit leichtem Zugang zu alkoholischen Getränken sind ungeeignet [z.B. Gastronomie]; vorsichtshalber keine sehr differenzierten Arbeiten, welche eine hohe Aufmerksamkeit verlangen [z.B. Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie, Bedienung und

Überwachung von {halb-}automatischen Maschinen oder Produktionsarbeiten, Sortierarbeiten, Arbeiten an verletzungsgefährlichen Maschinen]; IV-Nr. 32.1 S. 26). In einer solchen adaptierten Tätigkeit ist es dem Beschwerdeführer nach den gutachterlichen Angaben ohne Gefährdung seiner Arbeitssicherheit zuzumuten, seine Restarbeitsfähigkeit von 80 % zu verwerten. Dass der Beschwerdeführer von seinem damaligen Hausarzt Dr. med. H.____ im April 2018 an das Zentrum für heroingestützte Behandlung, [...] (), überwiesen wurde, primär, weil er in seiner Allgemeinpraxis nicht mehr führbar gewesen sei (Bericht vom 1. November 2020, IV-Nr. 5 S. 7 Ziff. 2.1; vgl. E. II. 4.9 hiervor), im September 2020 per fürsorgliche Unterbringung (FU) bei Fremdaggression mit unklaren Wahnvorstellungen bei bekannter Polytoxikomanie auf der Akutstation der F.____ hospitalisiert werden musste (Bericht vom 28. September 2020, IV-Nr. 5 S. 13 ff. bzw. BB 8; vgl. E. II. 4.8 hiervor) und auch sonst bei der Wahrnehmung von Terminen offenbar Mühe hat (IV-Nr. 10 S. 2 Ziff. 1.2; vgl. auch Protokoll der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023, S. 3; A.S. 39), führt zu keiner anderen Beurteilung. 5.5 Dem Einwand des Beschwerdeführers, auch die somatische B.____-Begutachtung sei unvollständig gewesen, weil das Vorliegen einer allfälligen Herzinsuffizienz nicht abgeklärt worden sei (Beschwerde, S. 8 Ziff. 9), kann nicht gefolgt werden. So legte Prof. Dr. med. univ. N.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie und Kardiologie, aufgrund seiner Untersuchung vom 23. Juni 2022 dar, Blutdruck und Puls seien unauffällig, die Herztöne rein, die Karotiden frei, die peripheren Pulse beidseits tastbar und es bestünden nur geringe Knöchelödeme. Im Weiteren gab der internistische Teilgutachter an, das gering erhöhte proBNP spreche nicht für eine kardiale Dekompensation als Ursache der Beinödeme. Eine kardiologische Untersuchung inklusive Echokardiographie erscheine aber sinnvoll, wobei keine Anhaltspunkte bestünden, dass dies eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätte (IV-Nr. 32.1 S. 54; vgl. E. II. 4.11.3 hiervor). Demnach wird diese im Zusammenhang mit den leichten Beinödemem empfohlene Abklärungsmassnahme nach den fachärztlichen Angaben zur Beurteilung eines allfälligen Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers nicht als ausschlaggebend erachtet. Auch aus den übrigen ins Recht gelegten Akten geht kein Hinweis für eine relevante Herzinsuffizienz hervor. 6. Nach dem Gesagten ist auf das beweiskräftige polydisziplinäre B.____-Gutachten vom 5. Januar 2023 abzustellen. Entgegen der Argumentation des Beschwerdeführers besteht kein Hinweis, dass dessen Verhältnisse nicht rechtskonform abgeklärt worden wären. Insbesondere vermögen auch das psychiatrische und das neuropsychologische Teilgutachten zu überzeugen. Die davon abweichenden ärztlichen Berichte der behandelnden Ärzte vermögen deren Beweiswert nicht zu schmälern. Damit ist unter Beachtung des vorerwähnten Belastungsprofils (vgl. IV-Nr. 32.1 S. 8, 26, 43 und 74) von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit von 80 % (Präsenz von 100 % [8.5 Std.] mit einer um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit) auszugehen. Es besteht kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen, da von weiteren Beweiserhebungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.). Von der Veranlassung des anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023 beantragten psychiatrischen Gerichtsgutachtens ist demnach abzusehen. Im Folgenden ist der Einkommensvergleich durchzuführen. 7. 7.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der

überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. 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. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.). Der Beschwerdeführer absolvierte von 1998 bis 2002 eine Lehre als Elektromonteur EFZ und arbeitete auf diesem Beruf zuletzt im Jahr 2010 im Rahmen eines temporären Arbeitsverhältnisses im Stundenlohn (100 %) bei der [...]; seither ist er als Hausmann tätig (vgl. IV-Nr. 2 S. 5 f., 32.1 S. 18 und 33 f. und 67). Aufgrund der gegebenen Umstände erweist es sich als sachgerecht, zur Festsetzung des Valideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Das Valideneinkommen ist bezogen auf die damalige Tätigkeit als Elektromonteur zu bestimmen. Demnach ist von einem Tabellenwert von CHF 6'069.00 pro Monat auszugehen (LSE 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziff. 41 bis 43 [Baugewerbe], Kompetenzniveau 2 [Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst], Männer). Für die Anwendung des Kompetenzniveaus 3 (Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) besteht kein Raum. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.3 Stunden pro Woche und die Nominallohnentwicklung (2020: 105.6; 2021: 105.7) ist das Valideneinkommen auf CHF 6'272.20 pro Monat bzw. CHF 75'266.00 pro Jahr festzusetzen. 7.2 Der Beschwerdeführer übt seit dem Jahr 2010 keine Erwerbstätigkeit mehr aus. Nach den Untersuchungsergebnissen der B.____-Gutachter ist er in der Lage, eine leidensangepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 100 % (8.5 Std. pro Tag) mit einer um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit wegen leicht reduzierter Arbeitseffizienz und leicht erhöhtem Pausenbedarf auszuüben (IV-Nr. 32.1 S. 8; vgl. E. II. 4.11 hiervor). Demnach ist von einer Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80 % auszugehen. Zur Bestimmung des Invalideneinkommens sind ebenfalls die Tabellenwerte der LSE 2020 heranzuziehen. Der Beschwerdeführer ist damit in der Lage, ein Einkommen von CHF 4'208.80 (LSE 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer; 80 % von CHF 5'261.00) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche und die Nominallohnentwicklung (2020: 106.8; 2021: 106.0) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 4'354.80 pro Monat bzw. CHF 52'258.00 pro Jahr. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen

und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und / oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule ausüben kann, keine Anforderungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses gestellt werden können und sehr differenzierte Arbeiten, welche eine hohe Aufmerksamkeit verlangen, zu vermeiden sind (z.B. Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie, Bedienung und Überwachung von [halb-]automatischen Maschinen oder Produktionsarbeiten, Sortierarbeiten, Arbeiten an verletzungssträchtigen Maschinen; vgl. IV-Nr. 32.1 S. 8), rechtfertigt einen leidensbedingten Abzug von 10 %. Dies ergibt ein Invalideneinkommen von CHF 3'919.30 pro Monat bzw. CHF 47'032.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 75'266.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 37.51 bzw. (aufgerundet) 38 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. II. 2.2 hiervor). 8. In Bezug auf die Gewährung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen ist festzustellen, dass der Beschwerdeführer in seiner IV-Anmeldung vom 16. Oktober 2020 darauf hinwies, er sei körperlich nicht mehr in der Lage zu arbeiten (IV-Nr. 2 S. 6). Im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung vom 7. November 2022 erklärte er, «er strebe eine volle Rente an» (IV-Nr. 32.1 S. 20). Bei der Befunderhebung wurde zur Motivation festgehalten, der Beschwerdeführer erlebe sich vor dem Hintergrund seiner körperlichen, mehr als psychischen Einschränkungen als derart handicapiert, dass er die Möglichkeit für eine Rückkehr in eine regelmässige Tätigkeit dauerhaft für sich ausschliesse (IV-Nr. 32.1 S. 22). Der Wunsch nach einer IV-Rente ohne berufliche Beschäftigung wurde als Belastungsfaktor gewürdigt (IV-Nr. 32.1 S. 25 Ziff. 7.2). Im Rahmen der orthopädisch/traumatologischen Begutachtung vom 21. Juni 2022 hatte der Beschwerdeführer noch angegeben, er könne sich eine Tätigkeit ohne körperliche Belastungen in einem 50 %igen Pensum in Abhängigkeit seiner psychischen Einschränkungen vorstellen (IV-Nr. 32.1 S. 40 Ziff. 6.2). Schliesslich wies er in seinem Einwand vom 2. März 2023 darauf hin, er habe bei der IV-Anmeldung ausdrücklich gesagt, dass auch eine Weiterbildung in Frage käme. Es sei ihm aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, seinem erlernten Beruf als Elektromonteur nachzukommen (IV-Nr. 38 S. 2). In der Beschwerde (S. 9 Ziff. 11) wird schliesslich geltend gemacht, die Verneinung des Anspruchs auf Massnahmen beruflicher Art sei unbegründet, insbesondere der Umschulungsanspruch scheine gegeben zu sein (A.S. 13 f.). Aufgrund der vom Beschwerdeführer im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung gemachten Angaben kann nicht davon ausgegangen werden, dass er bereit ist, die von den Gutachtern ermittelte Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer optimal angepassten Tätigkeit umzusetzen, zumal er auch nicht darlegt, welche Weiterbildung oder Umschulung er sich vorstellen könnte. Damit bestehen erhebliche Zweifel an seiner subjektiven Eingliederungsfähigkeit. Fehlt es an einem Eingliederungswillen, entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 7.2. mit Hinweisen). Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 9

9.1 Da der Beschwerdeführer nicht obsiegt, hat er grundsätzlich keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 26. Oktober 2023, Ziff. 2; A.S. 35; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Wyssmann hat anlässlich der Verhandlung vom 5. Dezember 2023 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'606.45 (16.34 Std. x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 192.10 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 41 f.). Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von kurzen Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gilt praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Demnach können die Positionen vom 16. August 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 21. August 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 7. September 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.) und 27. Oktober 2023 (Brief an Klient, 0.33 Std.) nicht berücksichtigt werden. Bei den Positionen «Brief an Klient» ist von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen, was Kanzleiaufwand darstellt. Für die öffentliche Verhandlung vom 5. Dezember 2023 sind 60 Minuten zu berücksichtigen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 15.5 Stunden. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 190.00 (ab 1. Januar 2023). Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 (nicht mit CHF 1.00) zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT). Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 110.50 zu entschädigen. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'290.75 (Honorar von CHF 2'945.00 [15.5 x CHF 190.00] zuzüglich Auslagen von CHF 110.50 und MwSt. von CHF 235.25 [7.7 %]). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Im Weiteren besteht ein Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 1'001.65 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 ermittelten Honorar). 9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 sind dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, welche 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 der Beschwerdeführer zur Rückzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

E. 18

Jahren sei ein Wadenbeinbruch links operiert worden. Beide Beine hätten schon immer Probleme gemacht. In der Lehre habe er mit 16 Jahren Probleme mit der Wirbelsäule

bekommen. Dann sei eine Fehlbelastung der Wirbelsäule durch einen erheblichen Beckenschiefstand festgestellt worden. Deshalb habe er keinen Militärdienst leisten müssen. Vor zwei Jahren habe er kniegelenksnah das rechte Schienbein gebrochen; dieses schmerze sehr oft. Dies sei in der Corona-Zeit gewesen und vielleicht wäre eine Operation notwendig gewesen. Mit

E. 20

Jahren (2002) habe er eine schwere Schnittverletzung mit Sehnendurchtrennung am rechten Handrücken und am Zeigefinger erlitten. Diese Verletzungen seien im M. ___ behandelt worden. Seitdem könne er den Daumen in abgespreizter Daumenstellung nicht mehr komplett beugen. Dies sei jedoch nicht so sehr ein Problem, aber die Kraft der rechten Hand sei seitdem vermindert. Dies sei für seine bisherige Tätigkeit als Elektriker schlecht. Ausserdem habe er sich den linken Ellenbogen und das rechte Schlüsselbein gebrochen und er habe sich bei einem Sturz in die Aare einen offenen Kleinfingerbruch links und eine schwere Prellung im Bereich der rechten Flanke zugezogen. Sein Hauptproblem sei der Rücken. Er habe extreme Rückenschmerzen und sei sehr unbeweglich geworden. Physiotherapie habe nicht wirklich etwas gebracht. Die Sprunggelenke und das Schlüsselbein verursachten keine Beschwerden.

Zum beruflichen Werdegang wurde angegeben, der Explorand habe von 1998 bis 2002 eine Berufsausbildung zum Elektromonteur mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis bei der [...] AG, [...], absolviert. Anschliessend habe er in dieser Firma noch ein Jahr lang als Elektromonteur gearbeitet. Danach habe er bis zum Jahr 2010 temporär als Elektromonteur gearbeitet, u.a. auch in dem Geschäft, in dem der Bruder als Elektromonteur arbeite. Die letzte Tätigkeit sei eine Vollzeitstelle bei der Firma [...] von ca. September 2010 bis ca. November 2010 gewesen. Danach habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither sei der Explorand Hausmann und lebe von der Sozialhilfe.

Zu den Untersuchungsbefunden wurde angegeben, es bestehe ein flüssiges Gangbild vom Wartebereich bis in das Untersuchungszimmer. Während der Erhebung der Anamnese sitze der Explorand ruhig und ohne ersichtlichen Leidensdruck auf seinem Stuhl. Das Be- und Entkleiden erfolge sowohl im Sitzen als auch im Stehen ohne sichtbare Einschränkungen. Das Aus- und Anziehen des Oberkörpers erfolge mit beiden Armen über den Kopf. Die spontanen Bewegungen seien unauffällig.

Im Rahmen der medizinischen Beurteilung wurde angegeben, der Explorand lebe zusammen mit seiner Ehefrau und seinen Kindern in einer 6.5-Zimmer-Mietwohnung im Erdgeschoss und im 1. Stock ohne Lift. Er sei verheiratet und habe fünf gesunde Kinder. Einen Fahrausweis habe er nicht mehr. Die Arbeiten im Haushalt erledige die Ehefrau, wobei sie vom Exploranden unterstützt werde. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, der Explorand könne sich eine Tätigkeit ohne körperliche Belastungen in einem 50%igen Pensum in Abhängigkeit seiner psychischen Einschränkungen vorstellen. Von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden im Rahmen des körperlichen Belastungsprofils keine relevanten Einschränkungen in den Lebensbereichen von Beruf, Freizeit und Haushalt. Der nur gelegentliche Analgetikabedarf, die fehlende Inanspruchnahme einer entsprechenden fachärztlichen Behandlung sowie der aktuell erhobene klinische und radiologische Untersuchungsbefund der Lendenwirbelsäule seien diskrepant zu den angegebenen extremen Schmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Aufgrund der angeborenen und degenerativen

Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule seien gelegentlich auftretende belastungsabhängige pseudoradikuläre Beschwerden mit Ausstrahlung in beide Gesässhälften nachvollziehbar, allerdings nicht in dem vom Exploranden geschilderten Ausmass. Im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung hätten keine Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen oder gar Aggravation des Exploranden bestanden. Zusammenfassend kam die Teilgutachterin zum Schluss, von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden beim Exploranden keine Erkrankungen mit relevanter Auswirkung auf dessen Arbeitsfähigkeit. Eine orthopädisch/traumatologische Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit konnte nicht gestellt werden. Als orthopädisch/traumatologische Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Leiden aufgelistet: «belastungsabhängiges pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits bei geringen Facettengelenksarthrosen von LWK 5/SWK 1 und geringer linkskonvexer lumbaler Skoliose bei angeborenem Beckentiefstand links von 1.5 cm; minimales posttraumatisches Streckdefizit des linken Ellenbogens ohne funktionelle Einschränkung; geringe posttraumatische Bewegungseinschränkung des linken Kleinfinger-Mittelgelenkes; geringe posttraumatische Einschränkung der Beugung des rechten Handgelenks und Streckung des rechten Daumens; Adipositas (BMI 32.9 kg/m²).

Zum Verlauf wurde angegeben, soweit dies anhand der angegebenen Anamnese sowie des aktuell erhobenen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefundes beurteilbar sei, werde die bisherige Behandlung des Stütz- und Bewegungsapparates von orthopädisch-traumatologischer Seite als adäquat beurteilt. Von orthopädisch-traumatologischer Seite sei anhand der aktuellen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunde die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen in einer leidensadaptierten, dem Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit ab sofort und in vollem Umfang möglich. Die Würdigung von Fähigkeiten und Ressourcen und Belastungen lautete dahingehend, als Ressourcen seien die sehr gute berufliche Ausbildung als Elektromonteur mit Fähigkeitszeugnis, die stabilen familiären Verhältnisse und die Unterstützung sowie der angegebene Arbeitswille des Exploranden zu nennen. Als Belastung werde die fehlende berufliche Tätigkeit seit dem Jahr 2010 eingeschätzt. Aufgrund des belastungsabhängigen pseudoradikulären Lumbalsyndroms bestehe eine Verminderung der körperlichen Belastbarkeit des Exploranden für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule. Körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule seien zumutbar. Für eine solche Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 8,5 Stunden pro Tag ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Ab Oktober 2019 sei aus orthopädisch-traumatologischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit des Exploranden auszugehen (IV-Nr. 32.1 S. 30 ff.).

4.11.3 Dem internistischen Teilgutachten vom 6. Juli 2022 (Untersuchung vom 23. Juni 2022; Prof. Dr. med. univ. N.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie-Diabetologie und Kardiologie) können keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Von internistischer Seite bestünden unter Ausblendung der Suchtproblematik eine Adipositas (BMI 32.7 kg/m²), ferner eine moderate Varikositäts (Krampfadern) der unteren Extremitäten und bei geringen Knöchelödemen beidseits der Verdacht auf eine venöse Stauungsproblematik. Diese Diagnosen seien ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Das Belastungsprofil sei aus internistischer Sicht nicht eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus

internistischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit (8,5 Std. pro Tag) ohne Leistungseinschränkung. Aus internistischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt eine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (IV-Nr. 32.1 S. 49 ff.).

4.11.4 Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten vom 29. Juni 2022 (Untersuchung vom 23. Juni 2022; lic. phil. O.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP) geht hervor, innerhalb des erhobenen neuropsychologischen Befundprofils mit überwiegend normgerechten Befunden zeigten sich keine unplausiblen Befunde oder Befundkonstellationen. Auch bestünden keine Diskrepanzen zu beklagten Beschwerden oder beschriebenen Alltagsaktivitäten. Es werde von validen neuropsychologischen Befunden ausgegangen. Zur neuropsychologischen Diagnostik wurde dargelegt, gesamthaft bestehe beim Exploranden eine minimale bis leichte neuropsychologische Störung mit jeweils leichten Beeinträchtigungen in Teilbereichen des verbalen Gedächtnisses und der Exekutivfunktionen sowie einer minimalen bis leicht reduzierten Belastbarkeit im kognitiven Bereich. Ätiologisch seien die festgestellten Defizite am ehesten im Rahmen der eigenanamnestisch beschriebenen und in den Akten dokumentierten langjährigen polytoxikomanen Abhängigkeitserkrankung zuzuordnen.

Zur Beurteilung des bisherigen Verlaufs wurde festgehalten, eine neuropsychologische Therapie habe bisher nicht stattgefunden und sei auch aufgrund der aktuell erhobenen, lediglich minimalen bis allenfalls leichten Befunde nicht indiziert. Im Vordergrund stehe die Behandlung der Suchtproblematik. Angesichts der vom Exploranden berichteten langjährigen Abhängigkeitserkrankung verfüge dieser über erfreulich gute kognitive Ressourcen. Aus neuropsychologischer Sicht sei dem Exploranden zur Schonung eben dieser Ressourcen eine Drogen- und Alkoholabstinenz dennoch zu empfehlen. Funktionsstörungen bestünden beim Exploranden durch eine leicht reduzierte Merkspanne und Schwankungen im verbalen Abrufen und Diskriminieren sowie aufgrund einer leicht reduzierten Impulskontrolle. Tätigkeitsbezogen seien dadurch im Beruf wie auch im Alltag Einbussen in der Arbeitseffizienz denkbar. Des Weiteren bestehe beim Exploranden ein leicht erhöhter Pausenbedarf. Eine Belastung sei neben der Abhängigkeitserkrankung die Sorge um die berufliche und allgemeine Entwicklung des Sohnes. Ressource sei ein eingeschätzt durchschnittliches intellektuelles Leistungsniveau sowie ein über weite Strecken normgerechtes kognitives Leistungsvermögen. Des Weiteren gebe der Explorand die Ehefrau und die Familie sowie die aktuelle Wohnsituation als Ressource an.

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit könne der Explorand 7.5 Stunden pro Tag anwesend sein. Aufgrund der minimalen bis leichten kognitiven Funktionsstörung bestehe eine Leistungseinschränkung von 10 %. In der bisherigen Tätigkeit als Elektromonteur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (rechnerisch 79 %). Diese Einschätzung gelte mangels neuropsychologischer Vorbefunde ab dem Datum der aktuellen Begutachtung am 23. Juni 2022. Eine angepasste Tätigkeit zeichne sich dadurch aus, dass der Explorand die Möglichkeit habe, Pausen einzulegen; es sollten zudem keine hohen Anforderungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses gestellt werden. Aus neuropsychologischer Sicht seien Einschränkungen durch eine leicht reduzierte Arbeitseffizienz und ein leicht erhöhter Pausenbedarf in jeglichen Tätigkeiten im freien Arbeitsmarkt gleichermassen zu erwarten. In einer solchen Tätigkeit sei eine Präsenz von 7.5 Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung von 10 % wegen der minimalen bis leichten kognitiven Funktionsstörung zumutbar. Die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit betrage ebenfalls 80 % ab 23. Juni 2022. Es bestehe keine Indikation für eine spezifische neuropsychologische

Therapie (IV-Nr. 32.1 S. 60 ff.).

4.12 Dem Bericht des aktuellen Hausarztes Dr. med. D.____ vom 17. November 2023 kann die Diagnose «Abhängigkeitssyndrom von Opiaten und Kokain, gegenwärtig Teilnahme an einem Methadonersatzprogramm» entnommen werden. Im Weiteren führte der Hausarzt aus, es bestehe eine 25-jährige Suchtanamnese mit Gebrauch von multiplen Substanzen. Aktuell werde der Patient mit Methadon 200 mg sowie Seresta und Ritalin (Kokain) substituiert. Er, Dr. med. D.____, habe den Patienten zwischen 2005 und 2006 sehr intensiv begleitet während seiner ersten Drogenabhängigkeit. Im Jahr 2005 sei es zu mehreren Hospitalisationen gekommen, zum Teil auch mit fürsorgerischer Unterbringung wegen epileptischen Anfällen und Aggressivität. Mit dem Methadonprogramm sei im Jahr 2004 begonnen worden. Danach sei der Umzug des Patienten nach [...] erfolgt und er sei dort von seinem Hausarzt vor Ort (Dr. med. H.____, vgl. E. II. 4.9 hiervor) betreut worden. Seit dem Jahr 2019 erfolge die Betreuung wieder durch ihn, Dr. med. D.____. Anamnestisch sei im Jahr 2020 eine Hospitalisation wegen einer Psychose erfolgt; dazu seien aber keine Berichte vorhanden. Der Patient könne aus hausärztlicher Sicht aufgrund seiner schweren Suchterkrankung realistisch nicht mehr im ersten Arbeitsmarkt arbeiten. Das Arbeitstempo sei wenig hoch, die Flexibilität und die Merkfähigkeit seien erniedrigt und die Konzentrationsfähigkeit scheine eingeschränkt. Im Rahmen der hausärztlichen Kontrollen wirke der Patient freundlich und zugewandt, aber deutlich verlangsamt, sodass man sich nicht vorstellen könne, wie er mit diesen neuropsychologischen Defiziten wieder arbeiten könne (BB 4).

5.

5.1

5.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 14. Juni 2023 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den medizinischen Abklärungen liege keine IV-relevante Diagnose vor, welche eine anspruchrelevante längerdauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen, ohne hohe Anforderungen im verbalen Gedächtnis, ohne leichten Zugang zu alkoholischen Getränken und ohne hohe Anforderungen der Aufmerksamkeit (wie z.B. Überwachungs-, Prüf- oder Kontrollarbeiten oder das Bedienen von Maschinen) wäre dem Beschwerdeführer rückwirkend wie auch weiterhin ganztags mit einer Leistungseinschränkung von 20 % zuzumuten. Gesamthaft bestehe demnach medizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Es bestünden keine anspruchrelevanten Einschränkungen, welche eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % zur Folge hätten. Eine Invalidität im Sinne des Gesetzes liege somit nicht vor. Zu den Einwänden wurde dargelegt, gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto habe der Beschwerdeführer nie eine längerdauernde Arbeit ausgeübt. Es könne somit nicht überwiegend wahrscheinlich davon ausgegangen werden, dass im Gesundheitsfall eine Tätigkeit als Elektromonteur ausgeübt worden wäre. Eine angestammte Tätigkeit könne daher nicht definiert werden. Die einjährige Wartezeit für die Entstehung eines allfälligen Rentenanspruchs sei nicht erfüllt. Dem B.____-Gutachten vom 5. Januar 2023 komme voller Beweiswert zu. Weitere Abklärungen seien nicht angezeigt. Die Durchführung eines Einkommensvergleichs erübrige sich (IV-Nr. 45; A.S. 1 ff.).

5.1.2 Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2023 sei aufzuheben. Es seien ihm die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % ab wann rechtens auszurichten; eventualiter sei die Beschwerdesache zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023 wird der vorerwähnte Eventualantrag in dem Sinne abgeändert, als der Beschwerdeführer geltend machen lässt, eventualiter sei ein psychiatrisches Gerichtsgutachten zu veranlassen (vgl. Protokoll vom 5. Dezember 2023, S. 2; A.S. 38). Zur Begründung wird im Wesentlichen dargelegt, die Verhältnisse des Beschwerdeführers seien von der Beschwerdegegnerin nicht rechtskonform abgeklärt worden. Insbesondere erweise sich das polydisziplinäre B.____-Gutachten als unvollständig und damit nicht als beweiskräftig. Es sei nicht geprüft worden, in welchem Ausmass der Beschwerdeführer einem potentiellen Arbeitgeber zugemutet werden könne. Dies sei mit Blick auf die langjährige und schwere Mehrfachabhängigkeitserkrankung erstaunlich; die Prüfung dieser Frage hätte sich bei der Beurteilung des Rentenanspruchs geradezu aufgedrängt. Die Abstinenz von verschiedenen Suchtmitteln, von welchen der Beschwerdeführer abhängig sei (Alkohol, Methadon, Kokain, Amphetamine usw.), könne ihm laut gutachterlicher Feststellung nicht zugemutet werden. Daraus müsse gefolgert werden, dass grundsätzlich eine Gefährdung der Arbeitssicherheit bestehe. Das psychiatrische Teilgutachten der B.____ vermöge nicht zu überzeugen. Primäre Erkrankungen, welche der Sucht zugrunde liegen könnten, wie z.B. Angst-, Belastungs- und Persönlichkeitsstörungen, seien nicht gezielt abgeklärt worden. Dies sei nicht hinnehmbar, da anamnestisch einschneidende Lebensereignisse vorgekommen seien. So sei der Beschwerdeführer im Alter von fünf Jahren von seinen Eltern auf einer Raststätte liegen gelassen und lange gesucht worden. Ein halbes Jahr später seien die Eltern in den Ferien abgefahren, ohne bemerkt zu haben, dass sie ihren Sohn vergessen hätten. Ausserdem habe der Beschwerdeführer als Jugendlicher ab dem 12. Lebensjahr viele Unfälle erlitten. In der Zeit der Lehre bzw. im Alter von 16 Jahren sei sein Vater an einem Hirntumor erkrankt und jung verstorben. Der Vater habe zu Hause sterben wollen und der Beschwerdeführer habe ihn gepflegt, was ihn stark belastet habe, zumal er einen Suizidversuch seines Vaters miterlebt habe. Es sei zu einer sechsmonatigen Krankenschreibung gekommen. Im Weiteren sei im Bericht des Zentrums für heroingestützte Behandlung vom 5. Januar 2021 die Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) angegeben worden. Die Berichte des nachbehandelnden Psychotherapeuten Dr. med. J.____, Suchtbehandlungszentrum [...], seien weder von der Beschwerdegegnerin noch vom psychiatrischen Teilgutachter beigezogen worden. Dr. med. K.____ habe in seinem Teilgutachten lediglich festgehalten, Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder ■änderung bestünden nicht. Das Negieren einer Persönlichkeitsstörung stehe im Widerspruch zum Bericht von lic. phil. I.____, welcher die Verdachtsdiagnose einer unreifen Persönlichkeitsstörung aufgeführt habe. Die Äusserung des psychiatrischen Teilgutachters, wonach die unreife Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht definiert sei, könne nicht nachvollzogen werden. Die unreife Persönlichkeitsstörung stelle eine Diagnose in der ICD-10 dar, welche durch mangelnde emotionale Entwicklung, geringe Toleranz gegenüber Stress und Ängsten, Unfähigkeit zur Übernahme persönlicher Verantwortung und Abhängigkeit von altersunangemessenen Abwehrmechanismen gekennzeichnet sei. Das psychiatrische Teilgutachten mit nur einem Interview und fehlenden Fremdbereichten (Dr. med. J.____) sowie ohne Fremdanamnese (Ehefrau, Sozialarbeiter usw.) fusse somit auf

unvollständigen Erhebungen. Insbesondere wäre auch die Diagnose einer Persönlichkeits- und Verhaltensstörung infolge einer langjährigen, schweren und aktiven Mehrfachabhängigkeitserkrankung bzw. psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Cannabinoide usw., wie sie im Bericht der F.____ vom 28. September 2020 aufgeführt worden seien, zu diskutieren gewesen.

Auch die Erhebung des Funktionsniveaus im Gutachten vermöge nicht zu überzeugen. Der Beschwerdeführer pflege so gut wie keine Kontakte mehr mit Drittpersonen ausserhalb seiner eigenen Familie. Er habe dem psychiatrischen Teilgutachter berichtet, dass er manchmal den Bezug zur Realität verliere. Aktenkundig seien auch Vorkommnisse mit Fremdaggressivität. Der damalige Hausarzt Dr. med. H.____ habe am 1. November 2020 berichtet, dass der Beschwerdeführer «in seiner Hausarztpraxis nicht mehr führbar» sei, sodass er den Patienten ins [...] überwiesen habe. In dessen Bericht vom 5. Januar 2021 sei berichtet worden, dass der Beschwerdeführer nicht zuverlässig in der Wahrnehmung seiner Termine sei. Auch die somatische Begutachtung durch die B.____ sei unvollständig. Eine kardiologische Abklärung sei unterlassen worden. Ohne eine solche könne nicht rechtskonform das Vorliegen einer Herzinsuffizienz, welche angesichts des schweren und jahrelangen Substanzgebrauchs auch nicht unwahrscheinlich erscheine, und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt werden. Demnächst seien auch neue Abklärungsergebnisse betreffend die Beschwerden am Bewegungsapparat zu erwarten (Beschwerde, S. 4 ff.). An der öffentlichen Verhandlung vom 5. Dezember 2023 erneuert der Beschwerdeführer die oben wiedergegebenen Einwände mit der vorerwähnten Änderung des Eventualbegehrens und reicht weitere medizinische Unterlagen (BB 4 bis 15) ein (vgl. Protokoll vom 5. Dezember 2023; A.S. 37 ff.).

5.2 Das von der Beschwerdegegnerin veranlasste, vier Disziplinen umfassende interdisziplinäre (internistische, neuropsychologische, orthopädisch/traumatologische und psychiatrische) B.____-Gutachten vom 5. Januar 2023 beruht für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 21. und 23. Juni sowie 7. November 2022, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung; IV-Nr. 32.1 S. 5 ff.) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt. Sämtliche Teilgutachten und auch die Konsensbeurteilung wurden von den Gutachtern unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben des Beschwerdeführers und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Administrativgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiervor).

7.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich

verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. 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. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Der Beschwerdeführer absolvierte von 1998 bis 2002 eine Lehre als Elektromonteur EFZ und arbeitete auf diesem Beruf zuletzt im Jahr 2010 im Rahmen eines temporären Arbeitsverhältnisses im Stundenlohn (100 %) bei der [...]; seither ist er als Hausmann tätig (vgl. IV-Nr. 2 S. 5 f., 32.1 S. 18 und 33 f. und 67). Aufgrund der gegebenen Umstände erweist es sich als sachgerecht, zur Festsetzung des Valideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Das Valideneinkommen ist bezogen auf die damalige Tätigkeit als Elektromonteur zu bestimmen. Demnach ist von einem Tabellenwert von CHF 6'069.00 pro Monat auszugehen (LSE 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Ziff. 41 bis 43 [Baugewerbe], Kompetenzniveau 2 [Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/Pflege/Datenverarbeitung und Administration/Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/Sicherheitsdienst/Fahrdienst], Männer). Für die Anwendung des Kompetenzniveaus 3 (Komplexe praktische Tätigkeiten, welche ein grosses Wissen in einem Spezialgebiet voraussetzen) besteht kein Raum. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.3 Stunden pro Woche und die Nominallohnentwicklung (2020: 105.6; 2021: 105.7) ist das Valideneinkommen auf CHF 6'272.20 pro Monat bzw. CHF 75'266.00 pro Jahr festzusetzen.

7.2 Der Beschwerdeführer übt seit dem Jahr 2010 keine Erwerbstätigkeit mehr aus. Nach den Untersuchungsergebnissen der B.____-Gutachter ist er in der Lage, eine leidensangepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 100 % (8.5 Std. pro Tag) mit einer um 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit wegen leicht reduzierter Arbeitseffizienz und leicht erhöhtem Pausenbedarf auszuüben (IV-Nr. 32.1 S. 8; vgl. E. II. 4.11 hiervor). Demnach ist von einer Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 80 % auszugehen. Zur Bestimmung des Invalideneinkommens sind ebenfalls die Tabellenwerte der LSE 2020 heranzuziehen. Der Beschwerdeführer ist damit in der Lage, ein Einkommen von CHF 4'208.80 (LSE 2020, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Männer; 80 % von CHF 5'261.00) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche und die Nominallohnentwicklung (2020: 106.8; 2021: 106.0) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 4'354.80 pro Monat bzw. CHF 52'258.00 pro Jahr.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil

gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und / oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule ausüben kann, keine Anforderungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses gestellt werden können und sehr differenzierte Arbeiten, welche eine hohe Aufmerksamkeit verlangen, zu vermeiden sind (z.B. Überwachungs-, Prüf- und Kontrollarbeiten in der Industrie, Bedienung und Überwachung von [halb-]automatischen Maschinen oder Produktionsarbeiten, Sortierarbeiten, Arbeiten an verletzungsträchtigen Maschinen; vgl. IV-Nr. 32.1 S. 8), rechtfertigt einen leidensbedingten Abzug von 10 %. Dies ergibt ein Invalideneinkommen von CHF 3'919.30 pro Monat bzw. CHF 47'032.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 75'266.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 37.51 bzw. (aufgerundet) 38 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. II. 2.2 hiervor).

9.2 Der Beschwerdeführer steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 26. Oktober 2023, Ziff. 2; A.S. 35; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Rechtsanwalt Wyssmann hat anlässlich der Verhandlung vom 5. Dezember 2023 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'606.45 (16.34 Std. x CHF 250.00 pro Std. zuzüglich Spesenersatz von CHF 192.10 und Mehrwertsteuer) geltend macht (A.S. 41 f.).

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von kurzen Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. gilt praxisgemäss als Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Demnach können die Positionen vom 16. August 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 21. August 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.), 7. September 2023 (Brief an Klient, 0.17 Std.) und 27. Oktober 2023 (Brief an Klient, 0.33 Std.) nicht berücksichtigt werden. Bei den Positionen «Brief an Klient» ist von der Zustellung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen, was Kanzleiaufwand darstellt. Für die öffentliche Verhandlung vom 5. Dezember 2023 sind 60 Minuten zu berücksichtigen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 15.5 Stunden. Der Stundenansatz gemäss § 161 i.V.m § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt CHF 190.00 (ab 1. Januar 2023). Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 (nicht mit CHF 1.00) zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT). Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Somit sind Auslagen von insgesamt CHF 110.50 zu entschädigen. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 3'290.75 (Honorar von CHF 2'945.00 [15.5 x CHF 190.00] zuzüglich Auslagen von CHF 110.50 und MwSt. von CHF 235.25 [7.7 %]).

