

SO_GERICHTE VSBES.2024.82 vom 14. März 2025

SO Obergericht, 2025-03-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.82

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.82 du 14 mars 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.82 del 14 marzo 2025

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1963 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) meldete sich am 21. Mai 2004 unter Hinweis auf eine Suchtproblematik bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein. Mit Verfügung vom 17. Januar 2005 (IV-Nr. 15) verneinte die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente.

1.2 Am 25. September 2006 meldete sich der Beschwerdeführer wiederum zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 17). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein und veranlasste bei Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], ein psychiatrisches Gutachten. Das Gutachten wurde am 18. November 2007 erstattet (IV-Nrn. 39.1 - 39.3). Gestützt darauf wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 40) mit Verfügung vom 11. Februar 2008 ab (IV-Nr. 41). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.3 Am 22. August 2017 meldete sich der Beschwerdeführer bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-Nr. 44). Mit Verfügung vom 6. November 2017 trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren nicht ein (IV-Nr. 51).

1.4 Mit Neuanmeldung vom 23. September 2019 machte der Beschwerdeführer wiederum eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend (IV-Nr. 52). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen ein. Auf Empfehlung von Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie/Praktische Ärztin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; IV-Nr. 67) veranlasste die Beschwerdegegnerin ein bidisziplinäres (rheumatologisches und neuropsychologisches) Gutachten bei Dr. med. D.____, Fachärztin für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, E.____, [...], und M. Sc. F.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie und lic. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, [...] (IV-Nrn. 79 und 80). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin sodann ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. H.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], welches am 25. Januar 2021 erstattet wurde (IV-Nr. 91.1 - 91.3). Nach Vorlage des Gutachtens bei der RAD-Ärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin (IV-Nr. 94), stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 14. Mai 2021 (IV-Nr. 95) in Aussicht, sie werde den Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente abweisen. Mit Eingaben vom 1. Juni 2021, 4. Juli 2021 und 7. Juli 2021 (IV-Nrn. 97 und 100) liess der Beschwerdeführer gegen den Vorbescheid Einwand

erheben und weitere medizinische Berichte einreichen. Nach Einholung der Stellungnahme des RAD vom 12. November 2021 (IV-Nr. 103) ersuchte die Beschwerdegegnerin den psychiatrischen Gutachter um eine Stellungnahme zu den Einwänden (IV-Nr. 106). Dazu äusserte sich der Gutachter mit Eingabe vom

E. 5

Januar 2022 (IV-Nr. 107). Am 29. April 2022 nahm sodann der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin Stellung zu den Einwänden und legte dar, dem Antrag des Beschwerdeführers, es sei ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, sei aufgrund der formell nicht korrekten Gutachtensvergabe stattzugeben (IV-Nr. 112). Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der Gutachterstelle J. ____, [...], ein polydisziplinäres (neurologisches, psychiatrisches, orthopädisches, allgemeinmedizinisches und neuropsychologisches) Gutachten. Das Gutachten wurde am 10. Mai 2023 erstattet (IV-Nrn. 124.1 - 124.2). Nach Vorlage des Gutachtens beim RAD (IV-Nr. 128) stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 3. Juli 2023 erneut die Abweisung seiner Leistungsbegehren in Aussicht (IV-Nr. 129). Die dagegen erhobenen Einwände (IV-Nrn. 130 und 134) wies sie mit Verfügung vom 20. März 2024 ab (IV-Nr. 137; Akten-Seiten [A.S.] 1 ff.).

2. Gegen die Verfügung vom 20. März 2024 lässt der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 16. April 2024 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

3. Mit Verweis auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung verzichtet die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 8. Mai 2024 auf das Einreichen einer Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 36).

4. Mit Eingabe vom 22. Mai 2024 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote zu den Akten (A.S. 38 ff.), welche der Beschwerdegegnerin am 24. Mai 2024 zur Kenntnisnahme zugestellt wird (A.S. 41).

5. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 20. März 2024 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall könnte ein allfälliger Rentenanspruch frühestens per 1. Mai 2023 entstehen (s. dazu E. II. 8.

hiernach), womit das neue Recht anwendbar ist.

2.

2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Die Höhe des Rentenanspruchs wird in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG, in Kraft seit 1. Januar 2022). Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2), während bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % wie bis anhin Anspruch auf eine ganze Rente besteht (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad von 40 bis 49 % gilt eine Abstufung des prozentualen Rentenanteils von 25 bis 47,5 % (Abs. 4).

2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

3.

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b S. 115).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 4.2 S. 109 f., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen).

4.

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

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die IV-Stelle und das Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 m. w. H.).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 352 E. 3a). Das Sozialversicherungsgericht hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels, noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

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 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten, 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 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung vom 11. Februar 2008 (IV-Nr. 41) bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 20. März 2024 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

5.1 In ihrer leistungsabweisenden Verfügung vom 11. Februar 2008 stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], vom 18. November 2007 (IV-Nrn. 39.1 - 39.3) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 39.1 S. 20 f.):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Weiter legte Dr. med. B.____ dar, grundsätzlich könne festgehalten werden, dass die Invalidenversicherung in diesem Fall sensu strictu nicht angesprochen sei: Weder könne eine krankheitswertige, resp. invalidisierende Hintergrundstörung als Ursache für die Polytoxikomanie, noch könnten irreversible organische/psychische Folgen derselben dargestellt werden (testmässig [Benton-Test] keine kognitive Defizite, emotionale Pathologien (MMPI) ohne Persönlichkeitsstörungs-Relevanz, Angst konsumassoziiert). In den Akten finde sich überhaupt keine Darstellung der lebensgeschichtlichen, insbesondere kindheitlichen Entwicklung. Der Beschwerdeführer habe laut Angaben beim Experten die Sekundarschule besucht; er habe sich vor allem für Sport interessiert und in den übrigen Fächern gerade soweit mitgemacht, dass er promoviert worden sei. Über die Beziehung zu den Eltern werde wenig mitgeteilt, insbesondere werde aber nicht über Probleme berichtet. Es könne keine krankheitswertige/invalidisierende Vorstörung bestanden haben. Der Beschwerdeführer sei selbst nach Beginn der Opiatabhängigkeit (1985) noch annähernd 20 Jahre lang in der Lage gewesen, Vollzeitstellen zu versehen. An der Arbeitslosigkeit, resp. der Vermittlungsproblematik seit September 2004 seien erstens die Wirtschaftslage, zweitens der suchtbedingte Führerausweisentzug, drittens die Tatsache, dass er infolge Schulden finanziell schlechter fahren würde als jetzt, falls er wieder arbeiten würde, massgeblich beteiligt. Eine schwere Angsterkrankung als Grund des Benzodiazepin-Rückfalls (Dr. med. K.____, 5. November 2004) liege mit Sicherheit nicht vor. Das Auftreten von (z.T. sehr heftigen) Angstzuständen sei sowohl im Rahmen von Langzeit-Benzodiazepin-Medikationen (nämlich bei Plasmakonzentrationsschwankungen, bei Reduktion, aber auch als paradoxe Wirkungsumkehr), als auch im Rahmen des langjährigen Cannabis-Konsums hinlänglich bekannt.

Der Beschwerdeführer befinde sich in einem sog. ärztlich überwachten Methadonprogramm, was hier eine etwas präventive Bezeichnung darzustellen scheine. Von einem "Programm" müsste man ganz klare Definitionen bezüglich Zweck, Inhalt, Rahmenbedingungen und Zielen erwarten. Die aktuelle Substitution könne kaum als "Programm" bezeichnet werden. Man scheine den Medikamentenkonsum so gut als möglich in Grenzen zu halten zu versuchen und drücke im Übrigen mindestens ein Auge zu. Im Gegenteil wäre indessen Motivationsarbeit zu leisten; der Beschwerdeführer habe an sich Ressourcen und ein Potential, was man aber mit der Benzodiazepin-Medikation komplett lahmlege. Mit der Benzodiazepin-Medikation bestehe eine hohe Gefahr, via die beschriebene Abnahme von Bedenken gegenüber selbstschädigendem Verhalten zu gefährlichen Verhaltensweisen/Expositionen beizutragen, wie es bei der vom Beschwerdeführer beschriebenen Attacke seitens Jugendlicher mit schwerer Kieferzertrümmerung, die lebenslange Zahnprobleme nach sich ziehen werde, der Fall gewesen sei. Motivation komme bei Süchtigen selten von allein. Diese müsste man erarbeiten, und es sei auch klar, dass im vorliegenden Fall die sozialdienstlichen Mittel langfristig vorteilhafter in eine qualifizierte, langzeitliche stationäre Drogenentwöhnung in einer geeigneten Institution (z.B. therap. WG), die als einzige Massnahme eine spätere arbeitsmässige Reintegrierbarkeit möglich machen würde, investiert würden, statt in die aktuelle finanzielle "Hilfe" im Alltag. Diese erhöhe nur die Schulden, demotiviere den Beschwerdeführer wegen der finanziellen Benachteiligung völlig gegenüber dem Arbeiten, fixiere ihn auf Gassenleben und Konsum (ein mutmasslich nicht unerheblicher Teil der Sozialgelder werde in Drogen investiert, dagegen habe er zu wenig Geld für eine gesunde Ernährung), fördere die körperliche Dekonditionierung, den Verfall von Selbstwertgefühl und Tagesstruktur und lasse seine (jetzt wahrscheinlich noch mögliche) Reintegrierbarkeit immer illusionärer werden (IV-Nr. 39.1 S. 21 ff.).

Zusammenfassend liege eine "primäre" Polytoxikomanie vor, die zu keinen objektiv erfassbaren irreversiblen psychischen Folgeschäden geführt habe (für die Hepatitis-Frage sei der Experte nicht kompetent) und somit keine Invalidität begründe. Ein korrektes Procedere wäre es, den Beschwerdeführer zu einer qualifizierten, langzeitlichen, stationären Drogenentwöhnung in einer geeigneten Institution (z.B. WG) zu motivieren. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine solche Behandlung zumutbar und geeignet, seine im Prinzip volle Arbeitsfähigkeit im bisherigen Beruf wieder verfügbar zu machen (IV-Nr. 39.1 S. 25).

5.2 In der vorliegend angefochtenen Verfügung stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle J.____ [...], vom 10. Mai 2023 (Fachrichtungen Neurologie, Psychiatrie, Orthopädie, Innere Medizin und Neuropsychologie; IV-Nrn. 124.1 - 124.2) ab. Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 124.1 S. 6 f.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Im Weiteren legten die Gutachter der J.____ dar, in der bisherigen Tätigkeit als Heizungsmonteur bestehe keine Arbeitsfähigkeit (Arbeitsunfähigkeit 100 %). Angaben bezüglich des Verlaufs seien schwierig zu machen, da sich keine aktuellen fachärztlichen Berichte fänden, welche sich aus Sicht des Bewegungsapparates mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit befassen würden. Aus pragmatischen Gründen würden die Gutachter den

Zeitpunkt der Gutachtenserstellung als Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit vorschlagen. Bezüglich des Verlaufs sei auch auf das rheumatologische Gutachten vom 11. August 2020 verwiesen, in welchem dargelegt werde, dass aufgrund des symptomatischen Bandscheibenvorfalles von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 17. März bis zum 23. Mai 2017 auszugehen sei. Wegen der Schulterschmerzen links habe spätestens vom 19. Juni 2018 bis zum Abschluss der physiotherapeutischen Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen. Da gemäss Aktenlage der genaue Zeitpunkt der Besserung an der linken Schulter nicht wiedergegeben werde, sei, um eine gute Behandlung mit gutem Aufbau der Muskulatur der Rotatorenmanschette und des Schultergürtels zu gewährleisten, abgeschätzt worden, dass bis zum 31. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen habe.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führten die Gutachter aus, dass Tätigkeiten mit grossen Anforderungen von kognitiver Flexibilität ohne Strukturierungshilfen und Feedbacks sowie neuartige Tätigkeiten mit der Bewältigung von Veränderungen im Denk- und Handlungsbereich wenig geeignet seien. Es sollten geringe Anforderungen an die verbale Lern- und Gedächtnisleistung gestellt werden. Die Tätigkeiten sollten klar vorstrukturiert werden, ohne Zeitdruck, mit geringen Anforderungen an Konzentration und Ausdauer, ohne hohe Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit und Rechtschreibung, mit durchschnittlichem Verantwortungsgrad ohne Nachtschicht oder Schichtbedingungen. Der Beschwerdeführer benötige eine erhöhte Einarbeitungszeit. Eine engmaschige Begleitung sei erforderlich, da auch die Handlungs- sowie die mentale Umstellungsfähigkeit, die Widerstandsfähigkeit aktuell leicht bis mässig limitiert seien. Die Tätigkeit sollte folgendem Profil entsprechen: Wechselbelastend, körperlich leicht, kein Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg, Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, keine gehäuften Zwangspositionen der Wirbelsäule sowie der Schultergelenke, keine gehäuften In- / Reklinations- oder Rotationsbewegungen der Wirbelsäule; keine gehäuften Bewegungen über die Horizontalebene und keine gehäuften repetitiven Bewegungen im Bereich der Schultergelenke, kein häufiges Absolvieren längerer Gehstrecken, kein häufiges Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste. In einer solchen leidensangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer sechs Stunden bzw. 70 % arbeitsfähig (Arbeitsunfähigkeit von 30 %). Der zeitliche Verlauf lasse sich retrospektiv schwer beurteilen, jedoch eine attestierte 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten von 2021 sei weiterhin medizinisch-theoretisch aus heutiger Sicht weiter zu vertreten.

E. 6

6.1 Wie vorgehend festgehalten, stellte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 20. März 2024 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der J.____ vom 10. Mai 2023 (IV-Nr. 124.1 - 124.2) ab, weshalb nachfolgend dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche den Beschwerdeführer eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nrn. 124.1 S. 16 ff., S. 23 ff., S. 39 ff., 54 ff.; 124.2 S. 4 ff.). Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 124.1 S. 63 ff.). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen

beweisrechtlichen Anforderungen genügt (vgl. E. II. 4.3 hiervor).

6.1.1 Im neurologischen Teilgutachten der J.____ (IV-Nr. 124.1 S. 15 ff.) wurde in nachvollziehbarer Weise dargelegt, dass aus neurologischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen waren. Der Beschwerdeführer sei während der gesamten Untersuchungsdauer im klinischen Eindruck vollumfänglich orientiert gewesen. Es seien keine Hinweise für Müdigkeit, raschere Ermüdbarkeit, keine Fluktuationen der Vigilanz, keine Interferenzanfälligkeit zu beobachten gewesen. Die Aufmerksamkeit und Konzentration hätten klinisch der nach dem biographischen Hintergrund zu erwartenden Kapazität entsprochen. Im Rahmen der Exploration und Untersuchung hätten sich keine Hinweise für konsistente Gedächtnisstörungen, keine Hinweise für Aphasie, Apraxie oder Agnosie ergeben. Der Beschwerdeführer habe im Jahre 2017 einen lumbalen Bandscheibenvorfall mit Fussheberschwäche links erlitten, die sich nach durchgeführten Infiltrationen zurückgebildet habe. In der klinischen Untersuchung fänden sich aktuell keine objektivierbaren Defizite bei Giving Way Phänomen in den Einzelkraftprüfungen des linken Fusses. Des Weiteren gebe der Beschwerdeführer Kopfschmerzen an, die vor einem Wetterwechsel auftreten würden, selten mit Übelkeit und noch seltener mit Erbrechen einhergehend. Nähere Angaben seien nicht gemacht worden. Die Häufigkeit lasse sich nicht eruieren. Es seien keine neurologischen Behandlungen sowie Rehabilitationsaufenthalte erfolgt. Gestützt auf diese Ausführungen vermag sodann die gutachterliche Beurteilung zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer rein neurologisch in seinen Fähigkeiten und seiner Belastbarkeit nicht eingeschränkt sei. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Diese Beurteilung steht im Übrigen in Übereinstimmung mit den Vorakten. Somit ist das neurologische Teilgutachten der J.____ beweiswertig.

6.1.2 Im orthopädischen Teilgutachten der J.____ (IV-Nr. 124.1 S. 39 ff.) wurde festgehalten, in Bezug auf die aktuelle Situation sei festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Bereich der LWS über bei Bewegung und vor allem Belastung auftretende Schmerzen lumbal klage, welche in die unteren Extremitäten ausstrahlen würden, zum Zeitpunkt der orthopädischen Untersuchung in den linken Oberschenkel dorsal. Weiter würden Schmerzen im Bereich der linken Schulter bei belasteten Bewegungen und bei Überkopfbewegungen des linken Armes angegeben. An der rechten Schulter, wo es nach einem Velosturz im Jahr 2012 zu einer frozen shoulder gekommen sei, würden keine wesentlichen Beschwerden beschrieben, was sich mit der klinischen Untersuchung decke. Die von den Experten der J.____ veranlassten konventionellen Röntgenaufnahmen der LWS zeigten eine abgeflachte lumbale Lordose. Im Bereich L2/L3 und L4/L5 fänden sich leicht- bis höchstens mittelgradig ausgeprägte degenerative Veränderungen ossärer Art. Es bestehe eine diskrete Verschmälerung der Zwischenwirbelräume auf diesen Höhen, was für das Vorliegen einer Discopathie spreche. Im Bereich des Beckens finde sich eine diskrete Kalzifikation im Bereich des Limbus rechts. Ansonsten bestünden keine degenerativen Veränderungen. An der linken Schulter fänden sich ebenfalls keine degenerativen oder posttraumatischen Veränderungen. Auch lasse sich kein Humeruskopf-Hochstand finden, was gegen das Vorliegen einer Rotatorenmanschettenläsion spreche; auch klinisch fänden sich keine Hinweise für eine derartige Läsion. Stationäre Rehabilitationsmassnahmen im Zusammenhang mit Beschwerden seitens des Bewegungsapparates seien nicht erfolgt. Aus gutachterlich-orthopädischer Sicht könnten zum jetzigen Zeitpunkt keine therapeutischen

Massnahmen vorgeschlagen werden, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers relevant steigern könnten. Obigen Darlegungen könne entnommen werden, dass die LWS des Beschwerdeführers vermindert belastbar sei. Leichte Einschränkungen bestünden ebenfalls seitens der Schultergelenke. Dies bedeute, dass der Beschwerdeführer keine Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg heben oder tragen, keine gehäuften Zwangspositionen der Wirbelsäule und der Schultergelenke einnehmen, keine gehäuften In- / Reklinations- oder Rotationsbewegungen der Wirbelsäule und keine gehäuften Bewegungen über die Horizontalebene sowie keine gehäuften repetitiven Bewegungen im Bereich der Schultergelenke durchführen, nicht häufig längere Gehstrecken absolvieren und nicht häufig Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste überwinden sollte. Als Ressource anzusehen sei aus orthopädischer Sicht die Tatsache, dass neurologisch keine schwerwiegenden Ausfallsymptome vorliegen würden und das klinisch an den Gelenken der oberen und unteren Extremitäten keine schwerwiegenden pathologischen Befunde erhoben werden könnten.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der Experte fest, bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Heizungsmonteur handle es sich um eine körperlich anspruchsvolle Arbeit, deren Anforderungen die aktuelle Belastbarkeit des Beschwerdeführers übersteigen würden. Dies bedeute, dass eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Arbeitsunfähigkeit 100 %) in der Tätigkeit als Heizungsmonteur vorliege. Angaben bezüglich des Verlaufs seien schwierig zu machen, da sich keine aktuellen fachärztlichen Berichte fänden, welche sich aus Sicht des Bewegungsapparates mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit befassen würden. Aus pragmatischen Gründen wolle der Experte deshalb vorschlagen, den Zeitpunkt der Gutachtenserstellung als Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit anzusehen. Bezüglich des Verlaufs sei auch auf das rheumatologische Gutachten vom 11. August 2020 verwiesen, in welchem dargelegt werde, dass aufgrund des symptomatischen Bandscheibenvorfalles von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 17. März bis zum 23. Mai 2017 auszugehen sei. Wegen der Schulterschmerzen links habe spätestens vom 19. Juni 2018 bis zum Abschluss der physiotherapeutischen Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen. Da gemäss Aktenlage der genaue Zeitpunkt der Besserung an der linken Schulter nicht wiedergegeben werde, sei, um eine gute Behandlung mit gutem Aufbau der Muskulatur der Rotatorenmanschette und des Schultergürtels zu gewährleisten, abgeschätzt worden, dass bis zum 31. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen habe. Die leidensangepasste Tätigkeit müsste folgende Kriterien erfüllen: Wechselbelastend, körperlich leicht, kein Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg, Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, keine gehäuften Zwangspositionen der Wirbelsäule sowie der Schultergelenke, keine gehäuften In- / Reklinations- oder Rotationsbewegungen der Wirbelsäule; keine gehäuften Bewegungen über die Horizontalebene und keine gehäuften repetitiven Bewegungen im Bereich der Schultergelenke, kein häufiges Absolvieren längerer Gehstrecken, kein häufiges Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste. In einer derart leidensangepassten Tätigkeit sei aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (Arbeitsunfähigkeit 10 %) gegeben. Der Beschwerdeführer könne ganztätig arbeiten, er benötige längere und betriebsunübliche Pausen von knapp einer Stunde Dauer pro Tag. Auch hier sei in Bezug auf den Verlauf festzuhalten, dass sich keine echtzeitlichen fachärztlichen Berichte fänden, welche sich mit der Beurteilung der leidensangepassten Arbeitsfähigkeit befassen würden. Aus pragmatischen Gründen werde auch hier vorgeschlagen, als Beginn dieser Arbeitsunfähigkeit den Zeitpunkt der

Gutachtenserstellung anzusehen. Wie bereits oben dargelegt, werde im rheumatologischen Gutachten vom 11. August 2020 festgehalten, dass aufgrund des symptomatischen Bandscheibenvorfalles vom 17. März bis zum 23. Mai 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen sei. Wegen der Schulterschmerzen links habe spätestens vom 19. Juni 2018 bis zum 31. Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorgelegen. Diese Einschätzung und deren Herleitung erscheinen als schlüssig und überzeugend. Auf das beweismässige orthopädische Teilgutachten kann somit abgestellt werden.

6.1.3 Überzeugend ist auch das internistische Teilgutachten der J.____ mit Exploration vom 21. März 2023 (IV-Nr. 124.1 S. 53 ff.). Von Seiten des internistischen Fachgebiets könnten keine Diagnosen benannt werden, die eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründen könnten. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit sei nicht eingeschränkt. Diese Beurteilung vermag gestützt auf die vom Gutachter erhobenen Befunde zu überzeugen und steht denn auch in Übereinstimmung mit den Vorakten. Somit ist auf das beweismässige internistische Teilgutachten der J.____ abzustellen.

6.1.4 Im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung (IV-Nr. 124.2) wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer liessen sich leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen in der phasischen Aktivierungsbereitschaft, in der verbalen Wiedererkennungleistung, im Arbeitsgedächtnis und leichte kognitive Minderleistungen in Teilbereichen des verbalen Gedächtnisses (Kurzzeitgedächtnis, Abrufleistung) und der Exekutivfunktionen (verbaler Antrieb, Umstellfähigkeit), in der geteilten Aufmerksamkeit und in den räumlich-konstruktiven Fähigkeiten objektivieren. Zudem hätten sich Unsicherheiten in der Zahlenverarbeitung (Schreiben von Zahlen), Fehler beim Rechnen und vor allem Schwierigkeiten in der Rechtschreibung gezeigt. Vom klinischen Eindruck hätten sich weitere Hinweise auf Auffälligkeiten im Kommunikationsverhalten (weitschweifig, sich in Details verlierend) gezeigt. Im Rahmen der 3 ½ -stündigen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine verminderte Belastbarkeit bzw. rasche Ermüdbarkeit gezeigt, der Beschwerdeführer gebe nach der Untersuchung jedoch eine deutliche Müdigkeit an. Die objektivierten Befunde stimmten weitgehend mit den subjektiven Klagen überein. Unauffällig seien Orientierung, Praxie, Sprachverständnis, Sprachproduktion, einfache Lesefähigkeit, elementare visuelle Wahrnehmung, räumlich-perzeptive Fähigkeiten, nonverbaler Antrieb (unterdurchschnittlich), verbale Lernleistung (unterdurchschnittlich), nonverbales Kurzzeitgedächtnis (unterdurchschnittlich), figürliches Gedächtnis, intrinsische Aktivierungsbereitschaft (unterdurchschnittlich), kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit, nonverbal logisches Denken und Lesen von Zahlen. Die aktuellen Befunde stimmten gesamthaft betrachtet mit der letzten neuropsychologischen Untersuchung vom 17. Juni 2020 durch Frau durch Frau M. Sc. F.____ überein. Damals und heute zeige sich eine leichte neuropsychologische Störung mit kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen. Seither sei es zu keiner signifikanten Veränderung gekommen. Eine tendenzielle Veränderung bzw. «Verbesserung» lasse sich in der verbalen Lernleistung und in einer Aufgabe zur Umstellfähigkeit beobachten. Diese sei gut auch mit einem gewissen Lerneffekt vereinbar. Eine tendenzielle «Verschlechterung» zeige sich in der verbalen Abrufleistung, im verbalen Antrieb und in den räumlich-konstruktiven Fähigkeiten, wobei letztere am ehesten durch ein etwas ungenaueres Vorgehen bedingt sei. Dass im Unterschied zur Voruntersuchung aktuell bzw. «neu» Minderleistungen in der

Aktivierungsbereitschaft und Schwierigkeiten in der Rechtschreibung erwähnt würden, liege am ehesten daran, dass diese Bereiche damals nicht geprüft worden seien und sei nicht auf eine Verschlechterung in diesem Bereich zurückzuführen. Dass aktuell hingegen keine Schwierigkeiten in der Handlungsplanung berichtet würden, sei darauf zurückzuführen, dass dieser Bereich aktuell nicht geprüft worden sei.

Zur Frage der Arbeits(un)fähigkeit (vgl. IV-Nr. 124.2 S. 9 f.) hielt die Expertin fest, aufgrund der in der hochstrukturierten Untersuchungssituation objektivierten leichten neuropsychologischen Störung mit Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Heizungsmonteur aus rein neuropsychologischer Sicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von ungefähr 30 % auszugehen. Dies, weil der Beschwerdeführer Schwierigkeiten habe, sich auf mehrere Dinge gleichzeitig zu konzentrieren, neue sprachliche Informationen aufzunehmen bzw. zu lernen und längerfristig zu behalten, Handlungen zu initiieren und fortzusetzen, mehrere Informationen temporär zu speichern, aktiv zu halten und damit zu manipulieren, Lösungen für neue Probleme bzw. Aufgaben zu finden, flexibel zwischen verschiedenen Gegebenheiten bzw. Aufgaben hin und her zu wechseln und störanfällig sei. An dieser Stelle verweise sie im Sinne einer Gesamtbeurteilung auf die medizinischen Gutachten bzw. die Gesamtbeurteilung. Im Unterschied zur neuropsychologischen Vorbegutachtung gehe die Expertin aufgrund der Kombination der Funktionsbeeinträchtigungen (Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen) eher von einer Einschränkung von 30 % anstatt 25 % aus, da die Tätigkeit doch hohe Anforderungen an die Funktionsbereiche stelle. Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte geringe Anforderungen an die verbalen Lern- und Gedächtnisleistung stellen, d.h. der Beschwerdeführer sollte nicht viele neue Informationen (z.B. Aufträge, Instruktionen) aufzunehmen bzw. lernen und längerfristig behalten müssen. Weiter sollte die Tätigkeit klar vorstrukturiert sein bzw. keine neuen Probleme gelöst werden müssen. Der Beschwerdeführer sollte eine Aufgabe nach der anderen durchführen können, nicht flexibel zwischen verschiedenen Gegebenheiten bzw. Aufgaben hin und her wechseln müssen und die Tätigkeit sollte keine hohen Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit und die Rechtschreibung stellen. Der Beschwerdeführer benötige zudem eine erhöhte Einarbeitungszeit. In einer solchen optimal angepassten Tätigkeit ohne hohe Anforderungen an die erwähnten Bereiche sei rein aufgrund der objektivierten Befunde und Beobachtungen aus rein neuropsychologischer Sicht von keiner relevanten Einschränkung der Leistungsfähigkeit auszugehen. An dieser Stelle verweise die Expertin jedoch auf die medizinischen, v.a. das psychiatrische Gutachten bzw. die Gesamtbeurteilung.

6.1.5

6.1.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten der J.____ (IV-Nr. 124.1 S. 23 ff.) hielt die Expertin hinsichtlich der erhobenen Untersuchungsbefunde fest, es handle sich beim Beschwerdeführer um einen Versicherten in unauffälligem Allgemein- und Ernährungszustand, der ein gepflegtes Erscheinungsbild zeige. Er zeige sich angepasst, situationsadäquat, psychomotorisch zeitweilig etwas verlangsamt wirkend. Klinisch lasse sich auf der kognitiven Ebene keine Dysfunktion in der Aufmerksamkeit, Konzentration oder Merkfähigkeit feststellen. Es seien keine Einschränkungen in der Aufmerksamkeit, Sprache, Abstraktion und im Erinnerungsvermögen festzustellen. Er sei wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten vollständig orientiert. Er weise keinen

depressiv-gehemmten Gedankengang auf. Der formale Gedankengang sei zeitweise weitschweifig, aber geordnet. Inhaltliche Denkstörungen seien nicht eruierbar. Es seien keine Hinweise auf nihilistische bzw. hypochondrische Befürchtungen oder wahnhaftes bzw. psychotisches Erleben vorhanden. Auch keine negativen Denkspiralen, keine Grübelzwänge, kein Wahn, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen. Kurz- und Langzeitgedächtnis würden im klinischen und psychopathologischen Befund keine Defizite aufweisen. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen nicht vor. Das Intelligenzniveau werde unter Berücksichtigung von Schulbildung, beruflicher Ausbildung, Sozialisation, klinischem Gesamteindruck als durchschnittlich beurteilt. Im Affekt sei er etwas deprimiert, zuweilen auch bedrückt wirkend. Merkmale einer Persönlichkeitsstörung seien aktuell nach Kriterien DSM5 oder ICD-10 nicht zu verzeichnen. Jedoch könne eine kombinierte Persönlichkeitsakzentuierung mit selbstunsicheren, dependenten, emotional instabilen sowie paranoid-schizoiden Zügen festgestellt werden.

Im Kontext des Gesamtbefundes ergebe die diagnostische Einschätzung im Quer- und Längsschnitt gemäss phänomenologischen Kriterien (Krankheitsdauer, Symptomatik, Schweregrad der Krankheit) eine chronische Substanzkonsumstörung durch Opioide (in ärztlich überwachter Substitutionstherapie) mit gegenwärtigem ständigem Beikonsum von Heroin und einer Substanzkonsumstörung iatrogen durch Benzodiazepine. Bei dem aktuell starken Wunsch des Beschwerdeführers nach ständigem Konsum (Graving) einhergehend mit einer Toleranzentwicklung entspreche die vorliegende Suchtpathologie mindestens einer mittelgradigen Ausprägung der gültigen Kriterien des DSM-5. Es zeige sich beim Beschwerdeführer weiterhin eine fehlende Krankheitseinsicht sowie Behandlungsmotivation in einer Klinik mit Suchtcompetenz. Fehlende Akzeptanz der Suchterkrankung seitens des Beschwerdeführers sei weiterhin prognostisch als ungünstig zu werten. Die seit Jahrzehnten bestehende Substanzkonsumstörung gehe bereits mit einer relevanten neurokognitiven Dysfunktion einher, welche sich in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen als leichtgradig ausweise. Die festgestellten Leistungseinbussen, insbesondere im Bereich Aufmerksamkeitsfunktionen oder Gedächtnisleistungen sowie Konzentrationsleistungen, seien am ehesten im Rahmen des Substanzkonsums einzuordnen. Eine Überlappung durch die diagnostizierte leichte depressive Episode sei jedoch nicht auszuschliessen. Hier sollte man jedoch eine substanzinduzierte depressive Störung diskutieren, die von einer primären depressiven Störung durch die Berücksichtigung des Beginns, des Verlaufs und weiterer Faktoren, die mit dem regelmässigen Substanzgebrauch zusammenhängen, unterscheiden würden. Die oben genannte depressive Störung dürfte nicht durch eine eigenständige depressive Störung beim Beschwerdeführer erklärbar sein, weil eigenständige depressive Störung beinhaltet, dass diese schon vor der Einnahme der Substanz aufgetreten sei. Abgesehen davon, dass die Benzodiazepine mit dem Risiko der Entwicklung substanzinduzierter psychischer Auffälligkeiten auch mit neurokognitiver Beeinträchtigung sowie ängstlich-depressiver Entwicklung, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie einem Nachlassen von Interessen und Kontrollverlust bekannt seien, sollte eine kritische Überlegung bezüglich einer engmaschigen Betreuung des Beschwerdeführers in der Institution mit medizinischer Suchtcompetenz diskutiert werden.

6.1.5.2 Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte die Expertin aus, Tätigkeiten mit grossen Anforderungen von kognitiver Flexibilität ohne Strukturierungshilfen und Feedbacks sowie neuartige Tätigkeiten mit der Bewältigung von Veränderungen im Denk- und

Handlungsbereich seien wenig geeignet. Es sollten geringe Anforderungen an die verbale Lern- und Gedächtnisleistung gestellt werden. Die Tätigkeiten sollten klar vorstrukturiert werden. Solche kognitiv-vorstrukturierte Tätigkeiten ohne Zeitdruck, mit geringen Anforderungen an Konzentration und Ausdauer seien geeignet. Tätigkeiten, welche eine eigene Planung und Strukturierung von Aufgaben erfordern würden, sollten vermieden werden, da der Beschwerdeführer krankheitsbedingt Schwierigkeiten habe, Prioritäten zu setzen. Der Beschwerdeführer benötige zudem eine erhöhte Einarbeitungszeit. Dabei sollten keine hohen Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit und Rechtschreibung gestellt werden. Bei der Einschränkung von Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sei der Beschwerdeführer schnell überfordert. Er könne unwillig auf neue Anforderungen reagieren. Somit sollten die Aufgaben eine nach der anderen durchgeführt werden, ohne Wechsel zwischen verschiedenen Aufgaben hin und her. Es sei eine ruhige strukturierte Arbeit mit durchschnittlichem Verantwortungsgrad ohne Nachtschicht oder Schichtbedingungen zu bevorzugen. Tätigkeiten mit komplexen Anforderungen seien nicht zu empfehlen. Auch bei der Einschränkung in der Kompetenz und Wissensanwendung (vergessen von Arbeitsschritten, mögliche Fehler) sei eine engmaschige Begleitung erforderlich, da auch die Handlungs- sowie die mentale Umstellungsfähigkeit, die Widerstandsfähigkeit aktuell leicht bis mässig limitiert seien. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer demnach in der Lage, in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit 6 Stunden am Tag anwesend zu sein. Demnach bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bzw. 30%ige Arbeitsunfähigkeit.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die von der psychiatrischen Gutachterin attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und in sämtlichen leidensangepassten Tätigkeiten im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich kann auf die gutachterlichen Ausführungen in E. II. 6.1.5.1 hiervor verwiesen werden, woraus hervorgeht, dass die vorliegende Suchtpathologie mindestens einer mittelgradigen Ausprägung der gültigen Kriterien des DSM-5 entspreche, während bei der diagnostizierten depressiven Störung und der neurokognitiven Störung mit kognitiven Minderleistungen von einer leichtgradigen Ausprägung auszugehen ist.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer, bei welchem in der Vergangenheit über 35 Jahre ein polyvalentes Abhängigkeitssyndrom mit belastender psychosozialer Anamnese sowie Inhaftierung und Strafverfahren bekannt sei, befinde sich seit 1992 bis aktuell in einer medizinisch überwachten Substitutionsbehandlung. Eine ambulante psychiatrische bzw. psychotherapeutische Anbindung habe lediglich eine kurze Zeit von 2019 bis 2021 bei den ambulanten L.____ stattgefunden. Die Substitutionstherapie mit Opioiden bzw. Opiat-Agonisten-Therapie erfolge bis dato durch den Hausarzt in einem Take-Home-Setting. Die regelmässigen Laborkontrollen (Monitoring) seien hinsichtlich Compliance mit Beikonsum mit Erfassung von toxischen Nebenwirkungen nicht etabliert. Anhand der langjährigen Suchtanamnese des Beschwerdeführers sei eine dauerhafte Substanzfreiheit nicht möglich gewesen und ohne ersichtliche Motivation bleibe diese eher unrealistisch. Es habe auch keine teilstationäre oder stationäre suchtspezifische Behandlung stattgefunden, ausser einer einzigen Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen, die durch den Beschwerdeführer abgebrochen worden sei. Vor dem Hintergrund einer langjährig bestehenden Abhängigkeit, aktuell von Opioiden und Benzodiazepinen mit einem aktiven Beikonsum von Heroin, erscheine das Ziel einer vollen Abstinenz beim Beschwerdeführer wenig realistisch, obwohl eine Reduktion der Benzodiazepinen-Abdosierung mit der Anbindung an ein suchtspezifisches Setting als zumindest intermediäres Ziel vertretbar sei. Eine solche Ausrichtung des Fokus der Interventionen könne zu einer Verbesserung der Selbstsicherheit führen sowie beim Umgang mit Ängsten und Ausbau einer konstruktiven Lebensführung mit Konsumreduktion von illegalen Substanzen helfen. Da sich im Längsschnitt der Suchtproblematik beim Beschwerdeführer eine Unfähigkeit zur Abstinenz zeige, sollte eine Suchtbehandlung auf Leidensminderung sowie Schadensbegrenzung und nicht auf die Heilung ausgerichtet werden. Da eine körperliche Entzugsbehandlung keine ausreichende Therapie bei bereits seit Jahrzehnten bestehender Opioidabhängigkeit darstelle, bleibe die Substitutionstherapie zwecks sozialer Stabilisierung weiterhin vorrangig. Eine solche sollte zwecks Motivationsförderung und Krankheitseinsicht auch weiterhin mit psychotherapeutischen Optionen verbunden sein. Eine kritische Überprüfung der

Erhaltungs-Substitutionstherapie sei durch einen Facharzt bzw. Psychiater mit suchtspezifischer Kompetenz zu empfehlen. Die kognitive leichte Dysfunktion zeige sich sowohl auf klinischer Ebene als auch in der neuropsychologischen Untersuchung. Abgesehen davon, dass der bestehende Konsum (ärztlich rezeptiert) von Benzodiazepinen auch an eine kognitive Einschränkung sowie eine depressive Entwicklung beteiligt sein könnte, bleibe die Frage einer schrittweisen Reduktion erst der bestehenden Medikation mit Oxazepam enorm wichtig. Bei der festgestellten leichten neurokognitiven Dysfunktion sei die prognostische Einschätzung trotzdem erschwert. Laut gültiger wissenschaftlich-psychiatrischer Auffassung sei eine vollständige Erholung von kognitiven Funktionen häufig möglich bei Personen, welche eine stabile Abstinenz vor dem 50. Lebensjahr erreichen. Bei Personen, die über das Alter von 50 Jahren hinaus Substanzkonsum betreiben würden, sei die Wahrscheinlichkeit für die Persistenz von substanzinduzierten kognitiven Störungen höher. Vermutlich sei hierfür eine Kombination aus verringerter neuronaler Plastizität und dem Beginn anderer altersbedingten Hirnveränderungen verantwortlich. Somit bestünden Risiken und prognostische Faktoren im oben genannten Fall (ein hohes Lebensalter und ein länger andauernder und anhaltender Substanzgebrauch über das Alter von 50 hinaus; IV-Nr. 124.1 S. 33). Gestützt auf diese gutachterlichen Ausführungen ist zumindest von einer teilweisen Behandlungsresistenz auszugehen. Hinweise auf eine allfällige Eingliederungsresistenz sind dem Gutachten keine zu entnehmen. Vielmehr erachtet die Expertin berufliche Massnahmen als möglich. So hielt sie fest, dass eine Evaluation der tatsächlichen beruflichen Leistungsfähigkeit erforderlich sei, um eine berufliche Eingliederung zielorientiert zu planen (IV-Nr. 124.1 S. 38).

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Im Gutachten wird eine ressourcenhemmende Wirkung der Substanzkonsumstörung, der leichtgradigen depressiven Störung sowie der leichtgradigen neurokognitiven Störung beschrieben und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (IV-Nr. 124.1 S. 32). Aufgrund der gutachterlichen Ausführungen ist von einer relevanten Komorbidität auszugehen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1

IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer verfüge über gute Ressourcen wie eine selbständige Lebensführung, seit Jahren intakte Paarbeziehung, noch vorhandene Interessen, fehlende Hinweise auf völligen sozialen Rückzug. Fehlende Hinweise für eine andere psychische Störung, unter anderem Persönlichkeitsstörung, fehlende Konflikte mit dem Gesetz seit 2012, regelmässige Teilnahme an der Substitutionstherapie beim Hausarzt, noch vorhandene Alltagsaktivitäten sowie Reisefähigkeit seien als positive Prädiktoren zu werten. Gleichzeitig bestehe anhand des Mini-ICF eine leichte bis mässige Beeinträchtigung in verschiedenen Fähigkeitsbereichen. Beeinträchtigungen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit zeigten sich darin, dass der Beschwerdeführer schnell überfordert sei und unwillig auf neue Anforderungen reagieren werde. Er könne nicht mit Druck in Stress- und Krisensituationen umgehen. Die Widerstands- und Durchhaltefähigkeitsbeeinträchtigung werde sich durch den Aufgabenabbruch bei Widerstand manifestieren. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben werde durch die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers, Prioritäten zu setzen, beeinträchtigt. Im Bereich der Kompetenz- und Wissensanwendung werde der Beschwerdeführer wohl krankheitsbedingt Arbeitsschritte vergessen, wodurch eine erhöhte Fehlerquote entstehen könne. Defizite in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen würden sich in Unregelmässigkeit und Unzuverlässigkeit im Erfüllen von Aufgaben und Vergessen von Abläufen und Terminen zeigen (IV-Nr. 124.1 S. 34). Gestützt auf diese Ausführungen ist somit zusammenfassend festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer neben Einschränkungen auch positive soziale und persönliche Ressourcen vorliegen.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Regel zwischen 02:00 - 03:00 Uhr nachts zu Bett gehe und am nächsten Tag um 12:00 Uhr erwache. Nach einer Tasse Kaffee mit Zigarette fahre er mit dem Fahrrad zu seiner Freundin, um ihre Katze zu versorgen. Die Freundin lebe im selben Dorf. Seine Termine würde er in der Regel auf den Mittag abmachen. Früher habe er gerne am PC (Play-Station) Games bis zu zwei bis drei Stunden gespielt. Aktuell schaue er mehr Fernsehprogramme, unter anderem Dokumentationen. Er interessiere sich für Musik, Rock■n■Roll, Blues und Gitarrenmusik. Früher habe er drei Hunde gehabt, aktuell habe er keine Haustiere in seiner Wohnung. Er habe vor, wieder Velotouren zu unternehmen, wie früher. Er wohne in einer zwei-Zimmer Wohnung ohne Badezimmer mit einer in der Küche eingebauten mobilen Dusche. Staubsaugen, Abwischen, Abwaschen sowie Kochen von einfachen Gerichten würden ihm gelingen. Die Wäsche wasche er ein bis zwei Mal im Monat. Jeden Tag treffe er sich mit seiner Freundin. Es gebe aktuell keine besonderen Hobbys. Sein Wunsch bzw. Planung, Skifahrten im Winter zu unternehmen, seien der Finanzen wegen schlecht realisierbar. Er besuche regelmässig seine Eltern, die auf seine Hilfe und Unterstützung angewiesen seien. Einkaufen sei kein Problem für ihn. In den Ferien sei er zuletzt im Jahr 2015 in Südfrankreich gewesen. Er besitze keinen

Führerschein. Zur aktuellen Untersuchung sei er mit dem Zug angereist. Er sei insgesamt zweieinhalb Stunden unterwegs gewesen. Sein Tagesablauf sei fast gleich. Entweder besuche er die Eltern, führe den Haushalt, erledige Einkäufe zu Fuss oder mit dem Velo oder nehme Arzttermine wahr. Das Abendessen werde meist von ihm zubereitet und gemeinsam mit der Freundin eingenommen. Er habe auch gute Kontakte zu den Nachbarn. Im Haushalt würden sämtliche Tätigkeiten selbstständig ausgeführt (IV-Nr. 124.1 S. 27). Demnach ist gestützt auf diese Ausführungen das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus zu verneinen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich kann auf das vorgehend in der Kategorie «Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz» Gesagte verwiesen werden. Im Lichte der dortigen Ausführungen ist von einem eher leichtgradigen Leidensdruck auszugehen.

6.1.5.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 gibt. Eine Gesamtwürdigung der Indikatoren ergibt, dass die ressourcenbildenden Faktoren deutlich überwiegen, womit die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 70 % in der angestammten sowie in einer leidensangepassten Tätigkeit auch im Lichte der neuen Rechtsprechung überzeugt.

6.2 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Gutachten zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführer aus interdisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sämtliche körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg, mit Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne gehäufte Zwangspositionen der Wirbelsäule sowie der Schultergelenke, ohne gehäufte In- / Reklinations- oder Rotationsbewegungen der Wirbelsäule, ohne gehäufte Bewegungen über die Horizontalebene und ohne gehäufte repetitive Bewegungen im Bereich der Schultergelenke, ohne häufiges Absolvieren längerer Gehstrecken, ohne häufiges Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste, seien dem Beschwerdeführer zu 70 % zumutbar. Im Weiteren seien Tätigkeiten mit grossen Anforderungen von kognitiver Flexibilität ohne Strukturierungshilfen und Feedbacks sowie neuartige Tätigkeiten mit der Bewältigung von Veränderungen im Denk- und Handlungsbereich nicht zumutbar. Es sollten geringe Anforderungen an die verbale Lern- und Gedächtnisleistung gestellt werden. Die Tätigkeiten sollten klar vorstrukturiert werden, ohne Zeitdruck, mit geringen Anforderungen an Konzentration und Ausdauer, ohne hohe Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit und Rechtschreibung, mit durchschnittlichem Verantwortungsgrad ohne Nachtschicht oder Schichtbedingungen. Der Beschwerdeführer benötige eine erhöhte Einarbeitungszeit. Eine engmaschige Begleitung sei erforderlich, da auch die Handlungs- sowie die mentale Umstellungsfähigkeit, die Widerstandsfähigkeit aktuell leicht bis mässig limitiert seien (IV-Nr. 124.1 S. 8 f.). Bei der angestammten Tätigkeit ergäben sich Leistungseinschränkungen durch das psychische Leiden und auch aus rheumatologischer Sicht. Die 30%ige Arbeitsunfähigkeit für die

leidensangepasste Tätigkeit sei begründet mit dem psychischen Leiden.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter der Begutachtungsstelle J.____ zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das polydisziplinäre Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen des Beschwerdeführers voller Beweiswert zuzumessen.

6.3 Ein Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung vom 11. Februar 2008 (IV-Nr. 41) mit jenem zur Zeit der streitigen neuen Verfügung zeigt eine wesentliche Verschlechterung. Der orthopädische Gutachter führt aus, die medizinische Grundlage der rentenablehnenden Verfügung vom 11. Februar 2008 sei das psychiatrische Gutachten vom 18. November 2007 von Dr. med. B.____ (vgl. E. II. 5.1 hiervor) gewesen, worin aus somatischer Sicht ein "Chrosen" im rechten Knie beschrieben worden sei, das in den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als "unklare Kniegelenksbeschwerden rechts" seinen Niederschlag gefunden habe. Aktuell würden Beschwerden im Bereich der LWS und der Schultergelenke beklagt, welche auch ein gewisses morphologisches Korrelat aufweisen würden, sodass es aus Sicht des Bewegungsapparates gerechtfertigt erscheine, von einer relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen (IV-Nr. 124.1 S. 51). In der Folge wurde dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit attestiert. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass basierend auf dem Gutachten der J.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes spätestens ab dem Zeitpunkt der Gutachtenserstellung ausgewiesen ist (IV-Nr. 124.1 S. 8).

7. Umstritten ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer macht geltend, seine Restarbeitsfähigkeit sei auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar (vgl. Beschwerde Ziff. 6 S. 9 ff.; A.S. 15 ff.).

7.1

7.1.1 Für die Beurteilung der Verwertbarkeit der verbleibenden Arbeitsfähigkeit ist gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung der ausgeglichene Arbeitsmarkt massgeblich. Dieser ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften gekennzeichnet und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf. Das gilt sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen. Je restriktiver indessen das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur mehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 5.1,

8C_95/2020 vom 14. Mai 2020 E. 5.2.2 und 9C_473/2019 vom 25. Februar 2020 E. 5.1.1, je mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

7.1.2 Die Rechtsprechung anerkennt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und dessen Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 145 V 2 E. 5.3.1, 138 V 457 E. 3; Urteil des Bundesgerichts 9C_702/2020, 9C_703/2020 vom 1. Februar 2021 E. 3.3 mit Hinweis).

7.1.3 In einer neueren Publikation wurde die aktuelle Praxis zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in fortgeschrittenem Alter analysiert (Thomas Gächter/Philipp Egli/Michael Meier/Martina Filippo, Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten zuhanden der Coop Rechtsschutz AG, Zürich/Winterthur 2021 [abrufbar unter www.wesym.ch], S. 45 N 154 f.). Demnach wird dem Kriterium «fortgeschrittenes Alter» bei Männern ab dem 61. Altersjahr eine mögliche Relevanz zuerkannt. Als allein ausschlaggebendes Kriterium gilt das Alter aber erst ab dem 64. Altersjahr. Wenn die verbleibende Erwerbsdauer nur noch einige Monate beträgt, wird die Verwertbarkeit einzig aufgrund des Alters definitiv verneint. Bei Männern über 60 Jahre geht die Rechtsprechung dann von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aus, wenn sie nur noch zwei bis drei Jahre Aktivitätszeit vor sich haben, ihre Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich stark eingeschränkt ist, ein grosser Umschulungs- oder Einarbeitungsaufwand anfallen würde und kaum mit einer gewissen Anpassungsfähigkeit gerechnet werden darf.

7.2 Der Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, richtet sich nach dem Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit. Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 8C_192/2022 vom 7. Juli 2022 E. 7.2.1 mit Hinweisen). Vorliegend kann dieser Zeitpunkt frühestens auf den 10. Mai 2023, mit dem Erstellen des polydisziplinären Gutachtens der Gutachterstelle J.____ festgelegt werden. Damals war der Beschwerdeführer 59 Jahre und sechs Monate alt. Es verblieben ihm somit noch rund fünfeinhalb Jahre bis zum Erreichen des ordentlichen Pensionsalters. Diese Aktivitätsdauer reicht grundsätzlich aus, um die Restarbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten im Umfang von 70 % zu verwerten. Das Zumutbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ist jedoch gekennzeichnet durch zahlreiche Einschränkungen in orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht, wodurch die weitere Ausübung der bisherigen Tätigkeit ausgeschlossen ist. Aus rein somatischer Sicht bestehen Einschränkungen der lumbalen Belastbarkeit bei lumbovertebralem Syndrom bei degenerativen Veränderungen ossärer Art im Sinne von Spondylosen,

Spondylarthrosen (ICD-10: M47.87) und diskogener Art im Sinne einer Diskushernie L4/5 (ICD-10: M51.2) und einer Diskusprotrusion L5/S1 (ICD-10: M51.3). Bei zusätzlicher Impingement-Symptomatik an der linken Schulter (ICD-10: M75.4) könnten nur noch leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg, gelegentlich 15 kg, mit Wechsel zwischen Sitzen, Gehen und Stehen, ohne gehäufte Zwangspositionen der Wirbelsäule sowie der Schultergelenke, ohne gehäufte In- / Reklinations- oder Rotationsbewegungen der Wirbelsäule, ohne gehäufte Bewegungen über die Horizontalebene und ohne gehäufte repetitive Bewegungen im Bereich der Schultergelenke, ohne häufiges Absolvieren längerer Gehstrecken, ohne häufiges Überwinden von Höhendifferenzen wie Treppen, Leitern oder Gerüste, ausgeübt werden. Im Weiteren seien aus psychiatrischer Sicht Tätigkeiten mit grossen Anforderungen von kognitiver Flexibilität ohne Strukturierungshilfen und Feedbacks sowie neuartige Tätigkeiten mit der Bewältigung von Veränderungen im Denk- und Handlungsbereich nicht zumutbar. Es sollten geringe Anforderungen an die verbale Lern- und Gedächtnisleistung gestellt werden. Die Tätigkeiten sollten klar vorstrukturiert werden, ohne Zeitdruck, mit geringen Anforderungen an Konzentration und Ausdauer, ohne hohe Anforderungen an die Kommunikationsfähigkeit und Rechtschreibung, mit durchschnittlichem Verantwortungsgrad ohne Nachtschicht oder Schichtbedingungen. Der Beschwerdeführer benötige eine erhöhte Einarbeitungszeit. Eine engmaschige Begleitung sei erforderlich, da auch die Handlungs- sowie die mentale Umstellungsfähigkeit, die Widerstandsfähigkeit aktuell leicht bis mässig limitiert seien (IV-Nr. 124.1 S. 8 f.). Die Expertin macht zu den Beeinträchtigungen in verschiedenen Fähigkeiten folgende Ausführungen (IV-Nr. 124.1 S. 34): Beeinträchtigungen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit zeigten sich indem, dass der Beschwerdeführer schnell überfordert sei und unwillig auf neue Anforderungen reagieren werde. Er könne nicht mit Druck in Stress- und Krisensituationen umgehen. Es werde dem Beschwerdeführer nicht gelingen, sich im Verhalten, Denken und Erleben, sich wechselnden Situationen anzupassen. Der Beschwerdeführer werde Schwierigkeiten haben, sich auf mehrere Dinge gleichzeitig zu konzentrieren, neue sprachliche Informationen aufzunehmen bzw. zu lernen und längerfristig zu behalten. Es werde ihm nicht gelingen, flexibel zwischen verschiedenen Gegebenheiten bzw. Aufgaben hin und her zu wechseln. Die Widerstand- und Durchhaltefähigkeitsbeeinträchtigung werde sich durch den Aufgabenabbruch bei Widerstand manifestieren. Der Beschwerdeführer werde beeinträchtigt sein, seine Aufmerksamkeit zu fokussieren, mit Stress und anderen Anforderungen eingehen und ein durchgehendes Leistungsniveau aufrecht zu erhalten. Es werde ihm schwer fallen, mehrere Informationen temporär zu speichern, aktiv zu halten und damit Lösungen für neue Probleme bzw. Aufgaben zu finden. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben werde durch die Schwierigkeiten des Beschwerdeführers, Prioritäten zu setzen, beeinträchtigt. Hier würden auch Schwierigkeiten bestehen, Einzel- und Mehrfachaufgaben zu übernehmen, das heisse, angemessene Zeit für Aktivitäten (Arbeit, Haushaltführung, Erholung, andere Tages- und Freizeitaktivitäten) zu strukturieren. Im Bereich der Kompetenz- und Wissensanwendung werde der Beschwerdeführer wohl krankheitsbedingt Arbeitsschritte vergessen, wodurch eine erhöhte Fehlerquote entstehen könne. Es gehe hier um die Einschränkungen, Mehrfachaufgaben zu übernehmen, insbesondere aufgrund von Reaktionsbeeinträchtigungen, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwierigkeiten. Durch die konsumbedingte Müdigkeit bzw. Erschöpfung werde der Beschwerdeführer bei der Arbeitsfortführung gehindert, weshalb die erwartete Leistung nicht erbracht werden könne. Bei der Beeinträchtigung der Fähigkeit zur

Selbstversorgung und Selbstpflege gebe es beim Beschwerdeführer keine Rücksichtnahme auf die Gefahren und Gesundheitsrisiken durch den fortgesetzten Konsum. Bei fehlender Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation würden die Interessen und Aktivitäten auf den fortgesetzten Konsum ausgerichtet. Defizite in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen würden sich in Unregelmässigkeit und Unzuverlässigkeit im Erfüllen von Aufgaben und Vergessen von Abläufen und Terminen zeigen. Sodann fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer fast das ganze Berufsleben lang hauptsächlich als Heizungsmonteur tätig gewesen war (vgl. IV-Nr. 84) und somit für die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit kaum auf andere Berufserfahrungen hätte zurückgreifen können. Ferner ist den Akten zu entnehmen, dass der Berufsweg des Beschwerdeführers von temporären Einsätzen geprägt war und folglich eine un stabile Erwerbsbiografie imponiert (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 8C_416/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 6.2.3). In Verbindung mit der Berufsbiographie des Beschwerdeführers und dem vergleichsweise engen Feld zumutbarer Tätigkeiten liegt eine Konstellation vor, in der davon ausgegangen werden muss, dass sich die verbleibende Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten lässt. Eine Anstellung wäre nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich.

E. 8

8.1 Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die durch das Gutachten der J.____ ermittelte Arbeitsfähigkeit angesichts der gesundheitlichen Einschränkungen, namentlich des vergleichsweise engen Zumutbarkeitsprofils, auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertet werden kann. Da es ■ entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 138 V 457 E. 3.1; vgl. auch Urteile des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 3.4, 8C_482/2010 vom 27. September 2010 E. 4.2 und 4.3, 9C_437/2008 vom 19. März 2009 E. 4.3, in: SVR 2009 IV Nr. 35 S. 97) ■ an der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit fehlt, liegt folglich eine vollständige Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet. Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG besteht der frühestmögliche Rentenbeginn sechs Monate nach der im September 2019 erfolgten Neuanmeldung (vgl. IV-Nr. 52), wobei das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG abgelaufen sein muss. Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (E. II. 2.1 hiervor) gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Beschwerdeführer ist laut dem polydisziplinären Gutachten der J.____ vom 10. Mai 2023 seit dem psychiatrischen Gutachten vom 25. Januar 2021 (IV-Nr. 91.1 - 91.3) zu 30 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in sämtlichen angepassten Tätigkeiten eingeschränkt. Ab dem Zeitpunkt der Exploration durch den orthopädischen Experten der Gutachterstelle J.____ am 20. März 2023 ist in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen (IV-Nrn. 124.1 S. 8 f. und 39 ff.). Eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von 40 % während eines Jahres war nach 312 Tagen 30%iger und 53 Tagen 100%iger Arbeitsunfähigkeit gegeben, mithin im Mai 2023. Der Rentenanspruch entstand demnach ab 1. Mai 2023.

In diesem Zeitpunkt bestand zwar eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, was jedoch für den Umfang des Rentenanspruchs nicht entscheidend ist (vgl. hierzu BGE 121 V 264; Urteil des Bundesgerichts 9C_739/2011 vom 20. Dezember 2011 E. 3 mit Hinweisen). Das

Bundesgericht erwog nämlich in BGE 121 V 264, dass eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % während eines Jahres allein keinen Rentenanspruch zu begründen vermöge, sondern nur, wenn sich daran eine Erwerbsunfähigkeit in mindestens gleicher Höhe anschliesse (vgl. Art. 28 Abs. 1 IVG; E. II. 2.1 hiervor). Dies gelte in gleicher Weise für alle gesetzlichen Rentenabstufungen. Die durchschnittliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit während eines Jahres und die nach Ablauf der Wartezeit bestehende Erwerbsunfähigkeit müssten somit kumulativ und in der für die einzelnen Rentenabstufungen erforderlichen Mindesthöhe gegeben sein, damit eine Rente im entsprechenden Umfang zugesprochen werden könne. Seither hielt es in ständiger Rechtsprechung daran fest (Urteil des Bundesgerichts 8C_618/2021 vom 14. Dezember 2021 E. 4.2 mit Hinweisen). Gestützt auf die genannte Rechtsprechung ist der Ermittlung des massgebenden Invaliditätsgrades zunächst die über die einjährige Wartezeit gemittelte Arbeitsunfähigkeit von 40 % zugrunde zu legen (vgl. hierzu BGE 121 V 264; Urteil des Bundesgerichts 9C_739/2011 vom 20. Dezember 2011 E. 3 mit Hinweisen). Folglich steht dem Beschwerdeführer ab 1. Mai 2023 eine Viertelsrente zu. In Anwendung von Art. 88a Abs. 2 IVV ist die Viertelsrente mit Wirkung ab 1. August 2023 auf eine ganze Rente zu erhöhen (vgl. BGE 121 V 264 E. 7. S. 275 f.).

8.2 Zusammenfassend erweist sich die angefochtene Verfügung als unkorrekt und ist aufzuheben. Dem Beschwerdeführer ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde vom 1. Mai bis 31. Juli 2023 eine Viertelsrente und ab dem 1. August 2023 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

E. 9

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses erscheint der vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Kostennote vom 22. Mai 2024 geltend gemachte Aufwand angemessen, womit die Parteientschädigung auf CHF 2'259.85 festzusetzen ist (7.36 Stunden zu CHF 270.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zzgl. Auslagen von CHF 103.30 und MwSt).

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dem Beschwerdeführer ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach widerkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

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