

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer II



I 2023 11

Entscheid vom 8. Juli 2024

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____ 1971; gelernter Heizungsmonteur) meldete sich am 16. Januar 2017 (Posteingang) aufgrund von Rückenproblemen, Herzinfarkt und psychischen Problemen sowie in der Folge 100%-iger Arbeitsunfähigkeit seit dem 26. Oktober 2015 bei der IV-Stelle Schwyz zum Leistungsbezug an (IV-act. 1).

B. Nach eingehenden Abklärungen erachtete die IV-Stelle Schwyz im Rahmen eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gemäss Schreiben vom 21. März 2018 die Durchführung einer suchtspezifischen Behandlung mit dokumentierter Alkohol- und Drogenabstinenz (Kokain und Cannabis) von mindestens sechs Monaten als angezeigt, wobei diese ambulant und alle zwei Wochen durchgeführt werden sollte und monatliche Laborkontrollen erforderlich seien (IV-act. 36). Mit Schreiben vom 14. April 2018 sowie telefonisch am 8. Mai 2018 willigte A._____ ein, gemäss Aufforderung mitzuwirken, unter dem Vorbehalt die Kostenübernahme prüfen zu müssen (IV-act. 37, 39). Am 24. Mai 2018 bestätigte die Krankenkasse die Kostenübernahme (IV-act. 43-2/3). Mit Schreiben vom 27. Juni 2018 informierte die IV-Stelle Schwyz den Hausarzt des Beschwerdeführers betreffend die Auflagen (IV-act. 44). In der Folge kam es immer wieder zu telefonischen Kontakten zwischen der IV-Stelle Schwyz und A._____.

C. Mit Schreiben vom 4. Dezember 2019 gab die IV-Stelle Schwyz A._____ erneut Gelegenheit bis zum 31. Dezember 2019, um die erste Laborkontrolle einzureichen, nachdem bis zum Zeitpunkt dieses Schreibens weder eine suchtspezifische Behandlung aufgenommen, noch eine dokumentierte Alkohol- und Drogenabstinenz über sechs Monate (sondern lediglich über einen kürzeren Zeitraum) erfolgt ist (IV-act. 74).

D. Mit Vorbescheid vom 24. März 2020 sah die IV-Stelle Schwyz vor, das Leistungsbegehren von A._____ (Kostengutsprache für suchtspezifische Behandlungen) abzuweisen (IV-act. 83). Mit Verfügung vom 22. Juni 2020 bestätigte die IV-Stelle Schwyz die Abweisung des Leistungsbegehrens (IV-act. 91).

E. Nach weiteren Abklärungen wurde A._____ von der IV-Stelle Schwyz mit Schreiben vom 15. Oktober 2020 aufgefordert, weitere Unterlagen einzureichen sowie sich in eine regelmässige suchtspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu begeben (IV-act. 102). In der Folge gingen bei der IV-Stelle Schwyz weitere Arztberichte ein, u.a. am 4. Januar 2021 der Bericht der C._____ (vom 30.10.2020) (IV-act. 111).

F. Am 6. Mai 2021 teilte die IV-Stelle Schwyz A._____ die Notwendigkeit einer polydisziplinären medizinischen Untersuchung (Allgemeine / Innere Medizin, Psychiatrie, Neuropsychologie und Orthopädie) mit (IV-act. 120). Am 19. Januar 2022 wurde D._____ beauftragt (IV-act. 126). Mit Schreiben vom 24. Februar 2022 wurden A._____ die Gutachterstelle sowie die vorgesehenen Fachpersonen mitgeteilt (IV-act. 134). Am 9. Juni 2022 wurde das D._____ - Gutachten erstattet (IV-act. 137).

G. Nach Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) am 27. Juni 2022 (IV-act. 139) erfolgten gleichentags Rückfragen an die Gutachterstelle (IV-act. 140), welche am 16. August 2022 beantwortet wurden (IV-act. 141).

H. Mit Vorbescheid vom 13. Oktober 2022 teilt die IV-Stelle Schwyz A._____ seinen Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Juli 2017 mit (IV-act. 147). Am 3. November 2022 erhob A._____ dagegen Einwände (IV-act. 153). Mit Verfügung vom 4. Januar 2023 teilt die IV-Stelle A._____ seinen Anspruch auf eine IV-Viertelsrente ab 1. Juli 2017 mit (IV-act. 155, 157).

I. Mit Eingabe vom 3. Februar 2023 (= Datum der Postaufgabe) lässt A._____ gegen die Verfügung vom 4. Januar 2023 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Januar 2023 sei aufzuheben.
2. Dem Beschwerdeführer sei rückwirkend seit dem 1. Juli 2017 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100% zuzusprechen.
3. Eventualiter: Es sei ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten anzuordnen.
4. Dem Beschwerdeführer sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die vollumfängliche unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei ihm die unterzeichnende Rechtsanwältin als unentgeltliche Rechtsbeiständin beizugeben.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MwSt) zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

J. Mit Vernehmlassung vom 24. Februar 2023 beantragt die IV-Stelle Schwyz, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten des Beschwerdeführers. Mit Replik vom 20. März 2023 und Duplik vom 31. März 2023 halten der Beschwerdeführer und die Vorinstanz an ihren Anträgen fest. Mit Schreiben vom 4. April 2024 und 16. April 2024 lässt der Beschwerdeführer weitere Arztberichte einreichen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1. Zu prüfen ist im konkreten Fall, ob die Vorinstanz zu Recht (nur) einen Anspruch auf eine IV-Viertelsrente seit dem 1. Juli 2017 bejaht hat.

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). 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). 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). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

1.2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

1.2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

Gemäss der seit 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV), wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG). Dieses neue System gilt für alle ab 1. Januar 2022 zugesprochenen Renten (vgl. Dupont, Weiterentwicklung der IV, SZS 2022, S. 7).

Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung, KSIR [Fassung ab 1.1.2022] Rz. 9101; KOSS - Gerber, Art. 28b IVG, N 102). Dies gilt auch bei erstmalig abgestuften bzw. befristeten Rentenzusprachen und Revisionsfällen (KSIR Rz. 9102).

1.2.3 Vorliegend hat die Vorinstanz den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine IV-Viertelsrente am 4. Januar 2023, also nach dem 1. Januar 2022, bejaht. Ein Rentenanspruch besteht jedoch unbestritten seit dem 1. Juli 2017 und wurde damit vor dem 1. Januar 2022 begründet. Es sind daher die bis 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen anwendbar.

1.3 Die Invalidität bemisst sich rechtsprechungsgemäss nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f.; BGE 125 V 256 E. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er 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 (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. 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; BGE 134 V 231 E. 5.1).

1.5.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 E. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4).

1.5.5 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erör-

terung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

1.6 Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 143 V 409 bzw. BGE 143 V 418 betr. Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens auf depressive Störungen leicht bis mittelgradiger Natur bzw. grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2).

1.7 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist (vgl. Urteile BGer 9C_77/2015 vom 27.3.2015 E. 5.4; 9C_78/2014 vom 18.3.2014 E. 4; I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

1.8 Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (E. 1.5.1 ff.), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 E. 4.2.5 m.H.).

1.9 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungs-*

rechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Rz. 153; Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

1.10 Im Übrigen beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 4.1.2023) verwirklicht hat. Die rechtsanwendenden Behörden haben aber spätere Berichte und Dokumente in die Beurteilung miteinzubeziehen, sowie sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil BGer 8C_503/2021 vom 18.11.2021 E. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile BGer 9C_534/2018 vom 15.2.2019 E. 2.1 und 8C_71/2017 vom 20.4.2017 E. 8.3).

2. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergibt sich aus den Akten was folgt.

2.1 Im Arztbericht von Dr.med. E. _____ (Leitender Arzt Kardiologie), welcher bei der Vorinstanz am 27. Januar 2017 einging, werden folgende Diagnosen aufgeführt (IV-act. 5-1/4):

1. Koronare Herzkrankheit
 - St.n. perkutaner Intervention mit Stentimplantation bei Posterolateralastverschluss der RCX am 21.11.2016
 - Normale systolische LV-Funktion (EF 60%)
 - RF: Hypertonie, Nikotin- und Kokainabusus
2. Chronische Niereninsuffizienz KDOQI Stadium III
3. Erektile Dysfunktion

Gemäss Anamnese und Beurteilung habe sich der Herzinfarkt als Folge des Kokainabusus sowie des Rauchens ereignet und sei aus heiterem Himmel aufgetreten. Die Prognose sei gut. Bis am 31. Dezember 2016 wurde eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert und vom 1. Januar bis 31. März 2017 (Besuch der ambulanten Kardiorehabilitation) betrug die Arbeitsunfähigkeit noch 30%. Die bisherige Tätigkeit wurde aus kardiologischer Sicht weiterhin als zumutbar beurteilt, ohne verminderte Leistungsfähigkeit und ohne weitere Einschränkungen. Auch eine Herzinsuffizienz habe vermieden werden können (IV-act. 5; 6-42ff./58).

2.2 Die damalige Hausärztin Dr.med. F. _____ (Praktische Ärztin FMH) berichtete am 31. Januar 2017 zudem von einer dislozierten subcapitalen Metacarpalen 5-Fraktur an der Hand rechts (mit Operation am 17.1.2017, IV-act. 6-53/58), von St. n. Kokainabusus, Alkoholkonsum, schädlicher Gebrauch, chronischer Niereninsuffizienz (IV-act. 6-40/58), Hepatitis C, arterielle Hypertonie, St. n. Kniegelenksdistorsion (nach einem Sturz am 17.4.2015, vgl. IV-act. 6-16/58,

41/58) sowie Schmerzen an der LWS (Lumbosakrales Rückenschmerzproblem mit Ausstrahlung in die Beine mit / bei: Segmentdegeneration L5/S1, foraminale Einengung L5er Wurzeln bds., IV-act. 6-18/58, 22/58, 24/58, 39/58) mit nun erneuter Symptomatik und fügte ihrem Arztbericht an die IV-Stelle zudem frühere Arztberichte bei, welche ihre Ausführungen bestätigten (IV-act. 6-1ff./58). Der Beschwerdeführer sei derzeit arbeitslos, die Arbeitsunfähigkeit betrage seit 10. Januar 2017 und in der Folge aufgrund eines Unfalls bis am 2. März 2017 100%. Einschränkungen würden aus den LWS-Schmerzen und dem Substanzmittelmissbrauch resultieren. Des Weiteren sollte der Beschwerdeführer durch einen Arbeitsmediziner beurteilt werden (IV-act. 6-2/58).

2.3 Mit Bericht vom 31. Januar 2017 an die Vorinstanz bestätigte Dr.med. G._____ (Oberarzt Orthopädie) seine früheren Berichte (vgl. IV-act. 6-24/58, wie auch 18/58, 22/58 und 26/58), insbesondere das weiterhin bestehende lumbosakrale Rückenschmerzproblem (IV-act. 7).

2.4 Am 20. Februar 2017 berichteten Dr.med. H._____ (Leitender Arzt, I._____ (Klinik) und Dipl.-Psych. J._____ (Psychologe) der Vorinstanz von psychischen und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom (F14.2) (eigenanamnestisch seit 2008) (IV-act. 8-1/9). Der Beschwerdeführer hielt sich vom 12. Oktober 2016 bis 27. Oktober 2016 zur stationären Drogenentzugs- und Entwöhnungsbehandlung in der I._____ (Klinik) auf, brach diese jedoch vorzeitig ab (IV-act. 6-8/58). Psychisch habe bei Austritt eine hochgradige emotionale Labilität, starkes Craving und eine erhöhte Rückfallgefährdung in alte Sucht- und Konsummuster sowie eine reduzierte Stresstoleranz, schnelle Überforderung, Reizüberflutung und ein reduziertes Konzentrationsvermögen bestanden. Auf die Arbeit würden sich diese Einschränkungen mit reduzierter Stresstoleranz, Überforderung bei Verantwortungsübernahme und mit einem Risiko zu erhöhter Fehlerhaftigkeit auswirken. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar. Mit einer suchtspezifischen Langzeitentwöhnungstherapie liessen sich die Einschränkungen vermindern. Ziel sei eine Reduzierung des Anspannungsniveaus, Aufbau von Selbstvertrauen, Stabilisierung des Selbstwertgefühls und Klärung der multiplen psychosozialen Belastungen wie Wohnen, Arbeit und Partnerschaft (IV-act. 8-4/9).

Der Beschwerdeführer war zudem vom November 2015 bis Februar 2017 in psychiatrischer Behandlung beim K._____ Im Bericht von Dr.med. L._____ (Oberarzt) und dem K._____ -Therapeuten M._____ an die Vorinstanz vom 13. Juni 2017 bestätigten sie die bekannte Diagnose psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain, Abhängigkeitssyndrom (F14.2) sowie

den Konsum von diversen psychotropen Substanzen (in den letzten Jahren vorwiegend Kokain und Alkohol) (IV-act. 20).

2.5 Per 1. März 2017 zog der Beschwerdeführer um und wechselte damit die behandelnden Ärzte. Mit Arztbericht vom 17. Juli 2017 hielten der behandelnde Arzt N._____ (Oberarzt) der C._____ sowie die klinische Psychologin Dipl. Psych. FH O._____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 23-3f./8):

Mittelgradige depressive Episode - F32.1

V.a. Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ - F60.31;

Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Schädlicher Gebrauch - F19.1

Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom anamnestisch - F14.2

Somatische Diagnosen/Befunde

Div. Rückenschmerzen, Bandscheibenproblematik

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie zudem die Diagnosen Herzinfarkt 2016 und chronische Hepatitis C fest. Der Beschwerdeführer habe sich vom 14. September 2016 bis 16. Juni 2017 bei ihnen in ambulanter Behandlung und Abklärung befunden. Psychische Einschränkungen würden bei erhöhter Belastungssituation bestehen (z.B. Paarproblematik was sekundär zu Konsum führen könne bei starkem Eingeengt-Sein auf die Problematik, verbunden mit innerer Unruhe und Ängsten). Lebe der Beschwerdeführer in einer stabilen Partnerschaft, sei er vermutlich wesentlich stabiler auch bei der Arbeit. Vor dem Hintergrund der langjährigen Suchterfahrung sei eine Tätigkeit an einer Bar wenig sinnvoll und begünstige möglicherweise bei geringsten Problemen wieder ein Konsumverhalten. Sie sähen langfristig eine integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aus fachärztlicher Sicht indiziert, um die Stabilität des Patienten zu verbessern. Die Einschränkungen würden sich leicht ausgeprägt auf die Konzentration auswirken. Bei schwer ausgeprägten Problemen erscheine der Beschwerdeführer möglicherweise nicht bei der Arbeit und habe Mühe, verbindlich zu bleiben, weil die psychische Belastung zu gross sei. Für einen Wiedereinstieg in eine leidensangepasste Tätigkeit sei eine Teilzeitleistung von 60 - 80% denkbar. Nach Remission und stabilisierter psychosozialer Situation bestehe aus ihrer Sicht kaum eine verminderte Leistungsfähigkeit was aber auch davon abhängig sei, ob der Beschwerdeführer an einer Persönlichkeitsstörung leide, was sie im Rahmen ihrer Abklärung nicht abschliessend hätten beurteilen können, sondern sich erst im Verlauf einer Behandlung klären lasse, welche aber nicht bei ihnen stattfinde.

2.6 Am 3. Oktober 2017 berichtete der den Beschwerdeführer neu seit 7. August 2017 behandelnde Psychiater P._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) folgende Diagnosen (IV-act. 26-1/4): Emotional instabile Persönlichkeitsstörung mit depressiven und selbstunsicheren Anteilen F60.3, Polytoxikomanie, schädlicher Gebrauch in Teilremission F19.101, Z.n. Herzinfarkt 11/16 und anamnest. Hepatitis C. Er attestierte dem Beschwerdeführer eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Heizungsmonteur ab August 2017 bis auf weiteres. Aus psychiatrischer Sicht sollte eine Arbeits- und Belastungserprobung stattfinden mit stufenweiser Steigerung des Pensums unter ständiger fachlicher Begleitung. Falls dies aus orthopädischer Sicht nicht möglich sei, sollten begleitete Umschulungsmassnahmen erfolgen. Der Beschwerdeführer brauche eine realistische und wohlwollende Führung / Begleitung, die ihm Perspektiven aufzeigen könne und ihn in Momenten des Zweifels stütze. Er sei eigentlich willig und motiviert, da er im Begriff sei eine Familie zu gründen (IV-act. 26-3/4).

2.7 Der neue Hausarzt Med.pract. Q._____ teilte der Vorinstanz am 17. November 2017 mit, dass dem Beschwerdeführer durch die neurochirurgischen Spezialärzte abgeraten worden sei, eine Rückenoperation vornehmen zu lassen (IV-act. 29).

2.8 Mit Stellungnahme vom 15. Februar 2018 erachtete die RAD-Ärztin die psychosozialen Hintergründe (u.a. Schulden nach misslungener Selbständigkeit [als Barbetreiber im Jahr 2016] etc.) als Hauptproblem bzw. in diesem Zusammenhang auch die Drogenanamnese. Daneben würden körperliche Einschränkungen bestehen, welche aber überwiegend wahrscheinlich nur die bisherige Tätigkeit als Heizungsmonteur einschränken würden, nicht aber eine leichte körperliche Tätigkeit in rückschonender Wechselbelastung und regelmässigen Arbeitszeiten. Die Suchtvergangenheit des Beschwerdeführers sei recht eindrücklich und brauche sicher viel Wille und Resozialisierungsimpulse, um dieser dauerhaft etwas entgegenzuhalten. Im Raume stehe eine detaillierte versicherungspsychiatrische Beurteilung, z.B. im Hinblick auf das Vorliegen einer IV-relevanten Einschränkung wie eine Persönlichkeitsstörung. In jedem Fall sei es sinnvoll, eine Auflage betreffend Drogenkonsum zu machen, bevor man weitere Massnahmen – wie berufliche Förderung oder MEDAS-Gutachten – ins Auge fasse. Wenn dies negativ ausfalle, dann könne z.B. zu 60 oder 70% ein Arbeitsversuch gestartet werden (IV-act. 35-6/6).

2.9 In der Folge wurde dem Beschwerdeführer (der im Frühjahr Vater geworden sei, IV-act. 57) durch die Vorinstanz am 1. Mai 2018 die Auflage zur Durch-

führung einer suchtspezifischen Behandlung mit dokumentierter Alkohol- und Drogenabstinenz (Kokain und Cannabis) von mindestens sechs Monaten erteilt (IV-act. 36). Die ersten Laborergebnisse gingen bei der Vorinstanz am 4. Juli 2018 ein (IV-act. 46). Am 10. Juli 2018 wurde er aufgrund einer schweren Lungenentzündung (Pneumonie mit Abszedierung, IV-act. 51) ins Spital eingeliefert und musste bis Ende August Antibiotika einnehmen (IV-act. 48). Im September sollte wiederum mit den Probeentnahmen begonnen werden (IV-act. 51). Am 10. September 2018 berichtete der Beschwerdeführer von einem Rückfall aufgrund privater Probleme, wollte die Auflage jedoch weiterführen (IV-act. 52). Weitere Tests seien gemäss Hausarzt sowohl negativ als auch positiv ausgefallen. Der Beschwerdeführer sei motiviert, allerdings komme es aufgrund der aktuellen Trennungsphase immer wieder zu Rückschlägen, weshalb der Hausarzt vorschlug 2019 nochmals zu beginnen (IV-act. 55ff.).

2.10 Am 20. September 2018 berichtete Dr.med. R. _____ (Chefarzt Pneumologie), dass der Beschwerdeführer seit dem 27. März 2018 bei ihm in Behandlung sei. Beim Beschwerdeführer sei 2012 ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert worden und er habe bis 2013 eine nCPAP-Therapie durchgeführt. Klinisch habe Müdigkeit bestanden. 2013 habe er die Therapie selbständig beendet, im Verlauf jedoch wieder über eine deutliche Tagesmüdigkeit sowie einen unerholsamen Schlaf geklagt. Dr.med. R. _____ diagnostizierte ein schwergradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit einem AHI von 73.4/h und teilweise nCPAP-Unverträglichkeit, so dass hierdurch eine Müdigkeit resultiere (IV-act. 53-3/5). Funktionseinschränkungen beständen durch das nicht ausreichend therapierte hochgradige obstruktive Schlafapnoe-Syndrom mit zeitweise unverträglicher nCPAP-Therapie. Hier bestehe eine chronische Müdigkeit, die die Vigilanz des Patienten beeinträchtige. Dies habe Auswirkung auf seine Arbeitstätigkeit. Des Weiteren beständen Dyspnoe-Symptome, vermutlich im Rahmen der Adipositas. Aktuell sei beim Beschwerdeführer eine berufliche Tätigkeit nicht zumutbar. Zuvor müsse die Therapie des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms optimiert werden. Die Prognose zur Wiedereingliederung hänge von der Therapieeffektivität und Compliance des Beschwerdeführers ab (IV-act. 53-4/5).

2.11 Per Januar 2019 wechselte der Beschwerdeführer wieder seine Adresse und seinen Hausarzt, begann im Anschluss jedoch wieder mit der Aufлагenerfüllung. Im Februar 2019 lief die Kostengutsprache der Krankenkasse für das Drogenscreening ab, ein neues Gesuch für eine Kostengutsprache hat die Krankenkasse abgelehnt (IV-act. 64f.). Im Dezember 2019 wurde dem Beschwerdeführer von der Fürsorgebehörde Kostengutsprache für die Laboranalyse und die Durch-

führung der Auflage erteilt, weshalb er erst im Dezember 2019 wieder mit der Erfüllung der Auflage beginnen konnte - diesmal bei der C._____ (IV-act. 75, 78). Ab März 2020 durfte diese Anlaufstelle aufgrund der COVID-19-Pandemie keine Blutentnahmen und Urinprobenabnahmen mehr durchführen (IV-act. 81, 84), weshalb die Auflagenerfüllung erst wieder im Juni 2020 aufgenommen wurde (IV-act. 88, 93). Es folgten Unregelmässigkeiten bei der Probeabnahme bzw. verweigerte der Beschwerdeführer teils die Urinprobenabgabe oder den korrekten Ablauf, weshalb die Proben als positiv gewertet wurden. Teils waren sie auch positiv (IV-act. 93, 95f.).

2.12 Die neue Hausärztin Dipl. Ärztin S._____ (Praktische Ärztin / Fachärztin für Allgemeinmedizin (D)), welche den Beschwerdeführer seit dem 13. Dezember 2018 bis zuletzt am 23. Juni 2020 behandelte, berichtete am 1. September 2020 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit vom 27. November 2019 bis 4. Dezember 2019 infolge Krankheit und ab 26. August 2019 bis 25. Oktober 2019 infolge Unfall und legte ihrem Bericht weitere Arztberichte bei. In der Vorgeschichte sowie Diagnosen erwähnt sie neu u.a. rez. Balanitiden und Phimose, eine Frakturkontrolle OSG sowie eine fragliche Nasenbeinfraktur. Der Beschwerdeführer habe am 23. Juni 2020 die Medikamente abgeholt aber den Termin am 30. Juni 2020 nicht wahrgenommen. Die Einschränkungen bestünden kardio-pulmonal, psychisch (Sucht) sowie durch ein chronisches Schmerzsyndrom bei degenerativer LWS (IV-act. 99-1ff./34).

2.12.1 Am 18. Oktober 2018 und 7. Februar 2019 fand im T._____ eine neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers statt. Im Anschluss daran seien die Diagnosen wie folgt aktualisiert worden (IV-act. 99-16/34):

- M54.4 Chronische Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine, am ehesten gemischter Genese
Radiologisch Segmentkollaps LS/S1 mit Foramenstenose L5 beidseits und M. Baastrup L3-L5 (11/2017)
- M79.65 Neuropathischer Schmerz im Dermatome L5 links bei elektrophysiologisch chronischer Radikulopathie, DD im Bereich des N. cutaneus femoris lateralis
EMG: chronisch-neurogene Veränderungen L5 bds., linksbetont
- Z59.5 Geringes Einkommen
- Z63.7 Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, Krankheit der Partnerin des Patienten
- Anamnestisch:
Hepatitis C
Adipositas per magna
Koronare Herzerkrankung
- St. n. NSTEMI 11/2016 und Stenteinlage am 21.11.2016
Nikotinabusus
Depression

Obstruktives Schlaf Apnoe Syndrom, CPAP Therapie
Gichtschub linker Fuss

- G62.9 Beginnende axonale sensible Polyneuropathie, bislang unklarer Genese

In der zusammenfassenden Beurteilung hielten die untersuchenden Neurologen fest, dass die Ursache der Haupt-Rückenschmerzen neurologisch nicht eindeutig zuordenbar sei. Differentialdiagnostisch sei von einer myofaszialen Genese auszugehen. Die einschliessenden Beinschmerzen bds. seien neurologisch nicht eindeutig zuordenbar. Die Schmerzausstrahlung könne nicht eindeutig einem Dermatome zugeordnet werden. Eine radikuläre Komponente sei, insbesondere aufgrund des EMG-Befundes, zwar denkbar, jedoch seien die Wurzelblockaden L5 bds. negativ gewesen. Die Untersuchung des Kennmuskels L4 bds. habe, bei beidseitigen klinischen Beschwerden, nur rechts einen auffälligen Befund ergeben. Klinisch-neurologisch hätten sich keine fokalen Defizite im Sinne einer manifesten Radikulopathie ergeben (unauffällig, keine Differenzen der Muskeleigenreflexe). Die Ursache der teilweise schmerzhaften permanenten Kribbelparästhesien im Bereich des linken Oberschenkels, sowie die klinisch angegebenen Sensibilitätsstörungen im Bereich des linken lateralen Oberschenkels sei am ehesten ein neuropathischer Schmerz L5 links bei elektromyographisch nachweisbaren chronisch-neurogenen Veränderungen L5 bds., linksbetont. Differentialdiagnostisch seien die Dysästhesien dem Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus femoris lateralis links zuordenbar. Ein Auslöser der Schmerzen, wie Liegen oder Stehen, sei jedoch verneint worden. Nebenbefundlich habe sich elektroneurographisch ein Befund, vereinbar mit einer sensiblen axonalen Polyneuropathie, ergeben, differentialdiagnostisch auch motorische Polyneuropathie bei axonaler Schädigung N. peroneus links (klinisch keine Hinweise für motorische Defizite). Bezüglich der nebenbefundlich aufgefallenen Polyneuropathie werde der Hausarzt gebeten, die laborchemischen Untersuchungen für einen Diabetes mellitus, eine Leber- oder Nierenerkrankung, eine Schilddrüsenerkrankung, eine Hypertriglyzeridämie, einen Folsäure- bzw. Vitamin B12-Mangel sowie die Serumeiweisselektrophorese und Entzündungsparameter zu kontrollieren (IV-act. 99-18f./34).

2.12.2 Gemäss Bericht von Dr.med. U. _____ (Konsiliarärztin Endokrinologie / Diabetologie) vom 19. September 2019 sei aufgrund eines Inzidentaloms der Nebenniere am 11. September 2019 ein Verlaufs-CT-Abdomen gemacht worden. Das Inzidentalom sei grössenkonstant und mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit ein Adenom. Weitere Kontrollen seien nicht mehr notwendig. Nebenbefundlich hätten sich mehrere hypodense Leberläsionen gezeigt. Beim Beschwerdeführer bestehe eine chronische Hepatitis C, weshalb eine weitere Abklärung dieser Leberrundherde dringend notwendig sei (IV-act. 99-12/34, 14/34).

2.12.3 Am 1. Oktober 2019 erfolgte eine Röntgenuntersuchung aufgrund eines Distorsionstraumas am rechten OSG am 27. September 2019, wobei keine frische Fraktur sichtbar war (IV-act. 99-11/34).

2.12.4 Am 28. Mai 2020 berichtete der Pneumologe Dr.med. R. _____ betreffend das schwere obstruktive Schlafapnoe-Syndrom (AHI 73.4/h) ED 2012 - Primär, eine sehr gute Einstellung der nCPAP-Therapie. Der AHI werde in den Normbereich gesenkt. Die Compliance sei noch unzureichend. Der Beschwerdeführer sei jedoch motiviert, die CPAP-Therapie regelmässig weiter fortzuführen. Aktuell sei noch ein Maskenwechsel und eine -optimierung durchgeführt worden. Die Dyspnoe sei Folge einer zunehmenden Diffusionsstörung bei Verdacht auf Lungenemphysem. Eine COPD sei nicht nachweisbar. Dem Beschwerdeführer sei dringend eine absolute Nikotinkarenz empfohlen worden (IV-act. 99-9f./34).

2.12.5 Am 17. August 2020 wurde eine Circumcision in LA durchgeführt (IV-act. 99-6/34, 15/34).

2.13 Die RAD-Ärztin erachtete mit Stellungnahme vom 28. September 2020 die Einholung weiterer Arztberichte, die Aufforderung des Beschwerdeführers zur psychiatrischen, kardiologischen (Verlaufskontrolle nach Myokardinfarkt) und hepatologischen (zur Abklärung der Leberrundherde bei chronischer Hepatitis C und ggf. Hepatitis C-Therapie) Behandlung sowie in der Folge eine MEDAS-Begutachtung als erforderlich (IV-act. 101).

2.14 Am 26. Oktober 2020 reichte das T. _____ sodann weitere Unterlagen ein (IV-act. 104f.).

Am 21. Juni 2018 erfolgte eine psychotherapeutische Untersuchung. In der zusammenfassenden Beurteilung wurde festgehalten, dass beim Beschwerdeführer die diagnostischen Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren als erfüllt angesehen würden, vor dem Hintergrund der weiteren psychosozialen Probleme des Beschwerdeführers. Anamnestisch gebe der Beschwerdeführer an, einen langjährigen Missbrauch verschiedener Substanzen betrieben zu haben, er habe jedoch versichert, derzeit abstinente zu leben. Ebenfalls habe er über möglicherweise im Rahmen des Drogenkonsums aufgetretene Ängste und Stimmungseinbrüche berichtet. Aktuell leide der Beschwerdeführer weniger unter der Schmerzsituation, sondern vielmehr unter der schwierigen psychosozialen Lage seiner Familie, wobei er hier sozialarbeiterische Unterstützung erhalte (IV-act. 105-9/14).

In der physiotherapeutischen Untersuchung vom 18. Oktober 2018 habe aus schmerzphysiotherapeutischer Sicht in erster Linie das massive Übergewicht

dominiert, welches sicherlich auch zu einer Überlastung der lumbalen Segmente beitrage wie auch eine allgemeine Dekonditionierung. Auffällig sei ebenfalls die eingeschränkte Innen- und Aussenrotation des linken Hüftgelenkes gewesen, welche möglicherweise die Ausstrahlungen in den vorderen Oberschenkel verursache bzw. mitbeeinflusse. Aus physiotherapeutischer Sicht sei es essentiell, das Körpergewicht abzubauen und in diesem Zusammenhang einen Muskelaufbau und allgemeines Ausdauertraining mittels eines graduierten Belastungsaufbaus vorzunehmen. Der Beschwerdeführer werde in einem wohnortnahen Trainings- und Therapiezentrum ein Rekonditionierungstraining unter physiotherapeutischer Begleitung aufnehmen (IV-act. 105-6/14).

2.15 Am 3. November 2020 reichten die Ambulanten Dienste der C._____ einen Arztbericht ein (IV-act. 111). Demgemäss sei der Beschwerdeführer seit dem 1. Juli 2019 bei ihnen in Behandlung. Es erfolgten jeden Dienstag Sichtbezug im Drop-in sowie wöchentliche Mitgaben. Zudem habe der Beschwerdeführer bei der internen Psychologin mindestens einmal monatlich ein Gespräch (Psychotherapie) sowie monatlich mindestens ein Gespräch bei der Bezugsperson (sozial-psychiatrische Anliegen). Die Gespräche dienten dem Ziel, den psychischen und physischen Gesundheitszustand zu verbessern, zu festigen und zu erhalten. Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Januar 2020 bis mindestens 30. Oktober 2020 aufgrund der psychischen Verfassung und der depressiven Episode zu 40% arbeitsunfähig. Weiter unten im Bericht begrenzten die Fachpersonen die 60%-ige Arbeitsfähigkeit auf einen geschützten Rahmen. Der Beschwerdeführer habe keine Ressourcen, die für eine Eingliederung hilfreich sein könnten. Des Weiteren erwähnten die Fachpersonen eine im Juni 2020 erkannte verminderte Lungenfunktionstätigkeit mit 56% Lungenvolumen. Das geringe Lungenvolumen sei für ihn in jeglichen Alltagssituationen und Alltagstätigkeiten stark spürbar. Sie zeige sich in angestrenzter Atmung und Ruhedyspnoe (IV-act. 111-4ff./9).

Die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt (IV-act. 111-5/9):

Hauptdiagnose

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom (V._____, 2017)

Nebendiagnosen

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom (V._____, 2017)

F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (V._____, 2017)

F32.1 Mittelgradige depressive Episode (Ambulatorium C._____, 2017)

F60.31 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ (Vd. a.)
(V. _____, 2017)
V.d. ADHS (V. _____, 2017)

Prognostisch führten die Fachpersonen aus, dass die Fortsetzung der Substitutionsbehandlung mit Sevre-long weiterhin indiziert sei. Ausserdem scheine die Antidepressivatherapie mit Brintellix in Kombination mit der Substitution eine adäquate Therapieform, um eine Destabilisierung des Gesundheitszustandes zu vermeiden. Der Beschwerdeführer sei arbeitswillig. Allerdings scheine, dass die zunehmenden Rückenschmerzen bei der Arbeit und der tägliche Druck selbst im zweiten Arbeitsmarkt aufgrund seines jahrelangen Drogenkonsums wie auch aufgrund seiner psychischen Instabilität und geringen Impulskontrolle (Persönlichkeitsstruktur) eine Überforderung darstellen würden. Diese Überforderung könne auf Dauer zu einer Destabilisierung führen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit für den ersten Arbeitsmarkt sei nicht realistisch. Der Beschwerdeführer arbeite seit Anfang 2020 im zweiten Arbeitsmarkt im W. _____. Dort arbeite er im Recycling, was oft hohe Belastungen für seinen Körper mit sich bringe. Gleichzeitig wird im Bericht festgehalten, dass der Beschwerdeführer bereits zu Beginn seiner Arbeitslosigkeit im W. _____ beschäftigt gewesen sei. Dort sei ihm aber bis anhin, aufgrund vermehrter Krankschreibungen und unangepassten Verhaltens, zweimal gekündigt worden. Die Arbeit im W. _____ scheine dem Beschwerdeführer eine wichtige Tagesstruktur zu geben. Trotzdem scheine die Arbeit körperlich sehr anstrengend zu sein. Der Beschwerdeführer klage nach der Arbeit über massive Rückenschmerzen. Die Zusammenarbeit mit Teamkollegen und Teamkolleginnen sowie Führungspersonen scheine für den Beschwerdeführer aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur anstrengend. Er äussere zu versuchen, sich zu distanzieren und sich auf seine Arbeit zu konzentrieren, was nicht immer gleich leichtfalle. Die langjährige Drogenabhängigkeit führe zur erheblichen Beeinträchtigung der Grundarbeitsfähigkeiten, wie zum Beispiel Konzentrationsfähigkeit, Durchhaltevermögen, Sorgfalt, Arbeitstempo und Organisationsfähigkeit. Ausserdem sei der Beschwerdeführer in seiner Jugendzeit in einem Jugendheim für schwererziehbare Jugendliche gewesen, was seine psychosoziale Entwicklung behindert habe. Das Selbstbild, das Selbstvertrauen, die Teamfähigkeit und die emotionalen Kompetenzen (wie die Frustrationstoleranz, die Selbstregulierung und die Eigeninitiative) seien zusätzlich im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung auf Dauer limitiert und verunmöglichten die berufliche Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt. Während der abgemachten Besuchstage sei der Beschwerdeführer in der Kinderbetreuung nicht eingeschränkt.

2.16 Gemäss Bericht vom 20. Juli 2020 wurde in der gastroenterologischen bzw. hepatologischen Untersuchung aufgrund von unzureichenden Schallbedingun-

gen bei Adipositas beim Sono Abdomen am 28. April 2020 ein MRI der Leber mit Kontrastmittelgabe veranlasst, welche am 13. Mai 2020 stattfand. Gemäss Beurteilung fanden sich mehrere kleine Leberzysten, jedoch keine malignitätsuspekte Läsion (IV-act. 118f.).

2.17 Im November 2020 wechselte der Beschwerdeführer wiederum seinen Hausarzt (IV-act. 108f.). Dieser berichtete am 6. Januar 2021 neben den bekannten Diagnosen von rezidivierenden Fieberschüben und thorakalen Schmerzen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100% seit 7. November 2020 bis auf weiteres (IV-act. 113). Am 28. April 2021 reichte er weitere Arztberichte ein, u.a. einen kardiologischen Untersuchungsbefund ohne weitere Empfehlungen (IV-act. 116).

2.18 Die MEDAS-Gutachter holten sodann am 10. März 2022 den Bericht von Dr.med. X. _____ (Oberärztin mbF, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie) sowie Assistenzarzt Y. _____ zur klinisch-MR-tomographischen Kontrolle nach Rotationstrauma nach dem ersten MRI ein, bei folgender relevanter Diagnose (IV-act. 137-80ff./90):

Schräg an die Unterfläche verlaufende mediale Meniskusläsion rechts mit/bei:
Übersicht

- möglichem kleinen Lappen über das mediale Tibiaplateau
- beginnender Chondropathie medial Grad 1-11
- deutlicher mukoider Degeneration VKB
- kleines Knochenmarködem posteromediale Tibia
- V. a. Plica centralis
- Varus rechts 3°, links 2°
- Rotationstrauma Knie rechts 22.01.22 auf dem Trottoir

Der Beschwerdeführer habe weiterhin berichtet, starke Schmerzen im rechten Kniegelenk zu haben. Die Beschwerden hätten sich in der Zwischenzeit nicht gebessert. Die genaue Lokalisation der Beschwerden habe der Beschwerdeführer nicht angeben können, er habe es jedoch eher anterior gezeigt. Die durchgeführten MRI-Aufnahmen hätten keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich zum 21. Dezember 2021 gezeigt. Leider habe sich keine spontane Besserung der Beschwerden eingestellt. Bei varischer Beinachse, o.g. Knieinnenbefunden und BMI von fast 49kg/m² werde bei nicht-eindeutig der Meniskusläsion zuordenbaren Beschwerde keine operative Behandlung durchgeführt.

2.19 Am 6. Januar 2022 erfolgte eine weitere Beurteilung des Pneumologen Dr.med. R. _____. Neben dem bekannten schweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndrom attestierte er neu ein Asthma bronchiale, teil-kontrolliertes Stadium (chronisch) (IV-act. 137-84/90). Es bestehe weiterhin eine chronische Tagesmüdigkeit oder Einschlafneigung bei monotonen Tätigkeiten. Der Beschwerdeführer habe zwischenzeitlich deutlich an Gewicht zugenommen (ca. 50kg). Die nCPAP-

Therapie sei unzureichend eingestellt. Der AHI werde nicht in den Normbereich gesenkt. Ursache seien obstruktive Apnoen aufgrund noch unzureichender APAP-Druckwerte bei deutlicher Gewichtszunahme. Es sei daher der Druck der nCPAP-Therapie im APAP Modus auf 12/18 cm H₂O erhöht worden. Die Compliance sei unzureichend wegen unzureichender Schlafhygiene und nächtlichen Schmerzen im Rücken. Der Beschwerdeführer sei aber motiviert, die CPAP-Therapie regelmässiger weiter fortzuführen. Es sei noch ein Maskenwechsel und eine Maskenoptimierung durchgeführt und der Beschwerdeführer noch einmal ausführlich in die Verwendung des Atemwegsbefeuchters eingewiesen worden. Eine Nikotinkarenz und eine Gewichtsabnahme seien empfehlenswert. Eine Ernährungsberatung werde regelmässig durchgeführt (IV-act. 137-85/90).

2.20 Dr.med. Z. _____ (Co-Chefarzt ID Wirbelsäulenzentrum) und Dr.med. AA. _____ (Assistenzärztin Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie) diagnostizierten im Bericht vom 11. Januar 2022 was folgt (IV-act. 137-87/90):

Fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1. Moderate neuroforaminale Enge L5 links.
Segmentkollaps L5/S1 mit Foramen- und Rezessusstenose bds. sowie Morbus Baastrup L3-L5
Opiatsubstitution bei St.n. i.v. Drogenkonsum (Chronisch)
Morbide Adipositas WHO Grad III BMI 48.47 kg/m² 169.5 kg 1.87 m (Chronisch)
Koronare Eingefässerkrankung (Chronisch)

In der Beurteilung hielten die Ärzte fest, dass aufgrund der Adipositas und sekundären Risikofaktoren primär der Versuch einer konservativen Therapie mit einer periradikulären Infiltration L5 rechtsseitig empfohlen werde, was eingeleitet worden sei (IV-act. 137-88/90).

2.21 Dem MEDAS-Gutachten vom 9. Juni 2022 lassen sich folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen (IV-act. 137-7/90):

- Koronare 1-Gefässerkrankung mit/bei
- St. n. NSTEMI 11/2016 mit subtotalem Verschluss des ersten Marginalastes des RCX: PTCA/einmal DES
- koronare Risikofaktoren: Arterielle Hypertonie, Adipositas, persistierender Nikotinabusus, OSAS
- Aktivierte medialbetonte fortgeschrittene Gonarthrose rechts mit eingeschränkter Beweglichkeit und Belastbarkeit bei
- Rx 27.04.2022: Medialbetonte Gelenkspalterniedrigung
- Chronisches lumbovertebrogenes Syndrom mit hochgradiger Einschränkung der Beweglichkeit, Verdacht auf belastungsabhängige symptomatische Facettenarthrosen und Baastrup-Phänomene ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei
- Rx 27.04.2022: Fortgeschrittene Osteochondrose L5/S1, leichtgradig in den thorakolumbalen Segmenten L2/3/4/5, Facettenarthrosen von kranial noch kaudal zunehmend, Baastrup-Phänomene

- MRT LWS vom 20.4.2021 (Befund AB. _____): Erosive Osteochondrose LWK 1-3 sowie LWK 5/SWK 1 mit Aktivierung LWK 2/3 und LWK 5/SWK 1. Leichter Spondylarthrose. LWK 5/SWK 1 mit Retrolisthesis um 6 mm, sowie einer nach kaudal gerichteten Extrusion zentral bis foraminal rechts mit Foramen- und Rezessus-Stenose, mit möglicher leichter Wurzelkompression.
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung
- Störungen durch multiplen Substanzgebrauch, Teilnahme am Substitutionsprogramm
- Somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
- Depressive Episode, ggw. mittelgradig ausgeprägt

Aufgrund der koronaren Herzkrankheit könne der Beschwerdeführer schwere Arbeiten und andauernd mittelschwere Arbeiten nicht mehr ausführen. Die orthopädischen Diagnosen würden Tätigkeiten mit regelmässiger mittelschwerer und schwerer Belastung, Tätigkeiten in Knien und Kauern, Gehen auf unebenem Boden, häufigem Bücken ausschliessen. Aus psychiatrischer Sicht seien rein administrative Tätigkeiten nicht geeignet. Er benötige eine wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit, selbständig Pausen machen und sich bewegen zu können. Eine abwechslungsreiche Tätigkeit mit manuellen Tätigkeiten, die auch durch Platz- und Situationswechsel angereichert sei, neben einfachen administrativen Aufgaben, wäre denkbar. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung sollten die Interaktionen zu anderen Personen gering gehalten werden. Der Beschwerdeführer benötige eine gewisse Freiheit in seiner Arbeitstätigkeit sowie eine ihm wohlwollende vorgesetzte Person, die er akzeptiere. Die Interaktion mit Arbeitskollegen sollte immer wieder auch angeschaut und gegebenenfalls gecoacht werden. Der Beschwerdeführer sei wenig konfliktfähig und neige hier zu inadäquaten Reaktionen aber auch zu einem passiven Rückzug. Bei Überforderung komme es zu depressiven Symptomen und zu Ängsten. Aufgrund von einer agoraphobischen Reaktionsweise sollte der Arbeitsplatz auch so gestaltet werden, dass der Beschwerdeführer sich wohlfühle. Bei einem erhöhten Leistungsdruck oder bei Überforderung nehme der Beschwerdeführer den Schmerz verstärkt wahr, was zu einer vermehrten Schmerzsymptomatik führe. Hierdurch kommt es dann zu einer subjektiven Limitierung.

2.22 Gemäss Stellungnahme des RAD vom 27. Juni 2022 war eine abschliessende Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit gestützt auf das D. _____-Gutachten nicht möglich, weshalb eine Rückfrage an die psychiatrische Gutachterin erfolgte (IV-act. 139). Das vom fallführenden Gutachter sowie der psychiatrischen Gutachterin verfasste Antwortschreiben erfolgte am 16. August 2022. Darin wird eingehend die Herleitung der psychiatrischen Diagnosen erläutert. Des Weiteren beantworteten die Gutachter die Frage, inwieweit mit den vorgeschlagenen Massnahmen eine wesentliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit

erreicht werden könne, und bestätigten eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt in einer angepassten Arbeitstätigkeit in einem supportiven Umfeld (IV-act. 141).

2.23 Mit Stellungnahme vom 5. September 2022 beurteilte der RAD das ME-DAS-Gutachten als umfassend im Hinblick auf die strittigen Belange. Es habe eine vollständige Voraktenlage mit chronologisch angeführten Berichten vorgelegen. Es sei eine schlüssige Herbeiführung der Diagnosen in allen fachärztlichen Teilaspekten anhand der Anamnese und der klinischen Befunde erfolgt. Die funktionellen Auswirkungen seien im Abgleich mit sämtlichen Lebensbereichen nachvollziehbar hergeleitet worden; insbesondere auch unter Einbezug der Ressourcen im persönlichen und sozialen Umfeld. Zum therapeutischen - und Eingliederungspotential, sowie zur Prognose sei Stellung genommen worden und die Schlussfolgerungen im Gutachten seien differenziert begründet und nachvollziehbar. In der angestammten Tätigkeit als Heizungsmonteur bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0% seit September 2015 und in adaptierter Tätigkeit eine solche von 60% gemäss ergonomischem Profil. Die Empfehlungen im Gutachten betreffend somatischer und psychiatrischer / suchtmmedizinischer Weiterbehandlung seien durch den Beschwerdeführer im Rahmen der Mitwirkungspflicht umzusetzen (IV-act. 143).

2.24 Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens liess der Beschwerdeführer den Austrittsbericht des AC. _____ (Spital) vom 17. Januar 2024 einreichen (Bf-act. 3). Der Beschwerdeführer wurde vom 5. bis 18. Januar 2024 auf der Thoraxchirurgie des AC. _____ (Spital) hospitalisiert mit der Diagnose:

Pleuraempyem bei infizierten Hämatothorax rechts bei atraumatischer Rippenfraktur Costa 8 mit Brustwandhernie ICR 8

Aus dem Bericht ergibt sich des Weiteren ein komplizierter Verlauf nach operativer Ausräumung des Hämatothorax und Antibiotikagabe sowie eine postoperative Anämie infolge Blutverlust.

2.25 Am 12. April 2024 erfolgte eine Stellungnahme des C. _____ zum ME-DAS-Gutachten vom 9. Juni 2022.

3.1 Mit Verfügung vom 4. Januar 2023 hat die Vorinstanz gestützt auf das ME-DAS-Gutachten vom 9. Juni 2022 und die Beurteilung durch den RAD festgehalten, dass die angestammte Tätigkeit als Heizungsmonteur seit September 2015 nicht mehr zumutbar sei. Hingegen bestehe in leichter Tätigkeit mit überwiegend sitzender Position, mit der Möglichkeit zu bedarfsweisem Positionswechsel, mit der Möglichkeit selbständig Pausen machen zu können, eine 60%-ige Arbeits-

fähigkeit, welche ebenfalls seit September 2015 zumutbar sei. Beim Einkommensvergleich stützte sich die Vorinstanz sowohl beim Valideneinkommen, als auch beim Invalideneinkommen auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik, was ein Valideneinkommen von Fr. 72'289.-- sowie ein Invalideneinkommen von Fr. 39'196.-- (ohne Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs) ergab. Nach Ablauf der einjährigen Wartefrist und unter Berücksichtigung der verspäteten Anmeldung ermittelte die Vorinstanz einen IV-Grad von 46% und bejahte einen Anspruch auf eine Viertels-Rente ab 1. Juli 2017. Die im Einwand genannten gesundheitlichen Einschränkungen seien im MEDAS-Gutachten bei der Beurteilung bereits berücksichtigt. Aus dem Einwand würden keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder andere Tatsachen hervorgehen.

3.2 Der Beschwerdeführer rügt die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 9. Juni 2022, weil nicht nachvollziehbar sei, wie der Beschwerdeführer mit derart vielseitigen Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 60% aufweisen soll. Des Weiteren gehe aus den medizinischen Akten hervor, dass eine Abklärung der Leberrundherde zwingend erforderlich sei. Auch die Gutachter führten diesbezüglich aus, dass ursächlich am ehesten eine Leberfunktionsstörung bei Status nach antiviraler Behandlung einer Hepatitis C in Frage komme. Diese Befunde seien aber heute ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten, bis auf die Hypalbuminämie in den Vorakten aber auch nicht vorhanden, sodass eine weitere Abklärung empfohlen werde. Damit hätten die Gutachter die Ursache der Leberproblematik nicht abschliessend beurteilen können, weshalb deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit denn auch nicht habe berücksichtigt werden können. Angesichts dessen erweise sich die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung als unvollständig, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Darüber hinaus sei aus medizinischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass die Gutachter zum Schluss gekommen seien, die verminderte Lungenfunktionsfähigkeit bei einem Lungenvolumen von deutlich unter 60% stelle eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dar. Schliesslich könne der Vorinstanz insoweit nicht gefolgt werden, als die ohnehin nicht beweistaugliche gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung rückwirkend seit 2015 gelten soll. Hierfür gebe es keinerlei medizinische Grundlage, äussere sich das MEDAS-Gutachten doch in keiner Weise zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter hätten sich weder mit den ergangenen fachärztlichen Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen noch mit dem Verlauf auseinandergesetzt.

Zusammenfassend basiere das Gutachten gesamthaft gesehen nicht auf einer umfassenden Untersuchung und vermöge auch aus medizinischer Sicht nicht zu

überzeugen. Sowohl die Diagnostik als auch die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung seien weder schlüssig noch nachvollziehbar.

3.2.1 Eine Würdigung des in den Erwägungen 2.1 bis 2.25 dargelegten medizinischen Sachverhalts ergibt, dass die MEDAS-Gutachter sämtliche Vorakten berücksichtigten und - soweit ersichtlich - fehlende weitere Arztberichte einholten. Die Beurteilung im interdisziplinären medizinischen Gutachten erfolgte sodann unter Berücksichtigung einer internistischen, orthopädischen, psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung und Beurteilung und somit für die streitigen Belange umfassend. Der Beschwerdeführer macht sodann nicht geltend und es ist auch nicht ersichtlich, dass eine Fachdisziplin zu Unrecht nicht berücksichtigt wurde. Sodann ist auch nicht ersichtlich und wird auch nicht behauptet, dass sich aus der Anamnese ergebende Diagnosen bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen im MEDAS-Gutachten nicht berücksichtigt worden wären. Damit ergibt sich, dass das polymorbide Beschwerdebild des Beschwerdeführers nicht nur von der Vorinstanz, sondern auch im MEDAS-Gutachten bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durchaus berücksichtigt wurde, was die ausführliche Diagnoseliste insbesondere mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bereits zeigt und in der Folge mit der Beurteilung auch begründet wird. Anzumerken ist zudem, dass es sich bei rund der Hälfte der aufgeführten Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit um abgeschlossene Ereignisse bzw. Erkrankungen handelt ("St. n."-Diagnosen), weshalb ohne weiteres nachvollziehbar ist, dass sich diese nicht (mehr) auf die Arbeitsfähigkeit auszuwirken vermögen. Im Übrigen äusserte der Internist im MEDAS-Gutachten, dass die multiplen bekannten Risikofaktoren (erwähnt wurden im Gutachten u.a. Adipositas sowie mangelnde körperliche Fitness) aus prognostischen Gründen besser kontrolliert und behandelt werden müssten (IV-act. 137-40/90). Auch aus orthopädischer Sicht wurde die Gewichtszunahme und die Dekonditionierung bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt (vgl. IV-act. 137-49f./90). Die Einwände des Beschwerdeführers betreffend Vollständigkeit des Gutachtens vermögen somit keine Zweifel an der Beurteilung im MEDAS-Gutachten zu begründen (vgl. auch nachfolgende E. 3.2.3).

3.2.2 Aus dem Gutachten ergibt sich des Weiteren, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden bzw. der geklagten Schmerzen durch die objektiven Befunde von somatischer Seite nicht vollständig erklärbar sei, aus psychiatrischer Sicht indes eine somatoforme Schmerzstörung vorliege, die die Inkonsistenzen erkläre (IV-act. 137-6/90). Aus somatischer Sicht (aufgrund der koronaren Herzkrankheit sowie durch die fortgeschrittene Gonarthrose rechts und das degenerative Lumbalsyndrom) wurden sodann schwere und mittelschwere Arbeiten bzw.

Tätigkeiten mit regelmässiger mittelschwerer und schwerer Belastung, wie auch Tätigkeiten im Knien und Kauern, Gehen auf unebenem Boden sowie häufiges Bücken ausgeschlossen (IV-act. 137-7f./90). Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Heizungsmonteur wurde verneint, nicht nur aufgrund der im September 2015 diagnostizierten mediolateralen Diskushernie L5/S1, eine Einschränkung in der angestammten Tätigkeit wurde auch aus psychiatrischer Sicht, durch die depressive Symptomatik und die somatoforme Schmerzstörung, bestätigt (IV-act. 137-10/90).

Aus somatischer Sicht wurde betreffend die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit insbesondere auf die oben erwähnten qualitativen Einschränkungen hingewiesen. Zusätzlich bestehe additiv aus psychiatrischer Sicht auch eine quantitative Einschränkung in angepasster Tätigkeit (vgl. IV-act. 137-8f./90), weshalb die Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt optimal angepasst 60% betrage (IV-act. 137-11/90). Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens wurde bei der Diskussion der Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen ausdrücklich erwähnt, dass die Kombination der psychischen Problematik (kombinierte Persönlichkeitsstörung, depressive Störung und somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) eine Einschränkung in beruflicher und auch in privater Hinsicht bewirkt. Während die Isolation und das Alleinleben sowie die Stellenlosigkeit des Versicherten und die fehlende Tagesstruktur ungünstig sind, wurde der Bezug zum Sohn des Beschwerdeführers, den er regelmässig sieht und auch betreut, als positiv gewertet. Ein geordneter Tagesablauf würde demzufolge ebenfalls zu positiven Bedingungen beitragen. Sodann äusserte der Beschwerdeführer auch weitere Ziele, wie u.a. das Wiedererlangen des Führerausweises, um seinem Sohn mehr bieten zu können, sowie die Reduktion des Kapanols. Diese beiden Umstände wurden als Ressource gewertet, wie auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer zweimal im Monat für drei Stunden einen externen Einsatz leistet. Auch intellektuell verfügt der Beschwerdeführer über Ressourcen (IV-act. 137-9f./90). Im ergänzenden Schreiben vom 16. August 2022 äusserte sich die Gutachterstelle zudem noch ergänzend zur Herleitung der psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie zur möglichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit und bestätigte erneut, dass eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt in einer angepassten Arbeitstätigkeit in einem supportiven Umfeld gegeben ist. Die verschiedenen Diagnosen würden ineinander spielen und sich gegenseitig beeinflussen. Die Persönlichkeitsstörung werde durch die aktuellen Bedingungen beeinflusst, ungelöste Konflikte würden ihren Ausdruck im vermehrten Schmerzerleben finden und schliesslich zeige der Beschwerdeführer daneben depressive Symptome, wobei diese wiederum vor allem bei starken Belastungen und Kon-

flikten auftreten bzw. sich verstärken würden. Die depressive Symptomatik habe sich bei der Begutachtung mittelgradig gezeigt, sei jedoch im Verlauf fluktuierend, wobei ein Rückgang sowohl durch Reduktion der Belastungsfaktoren, als auch durch eine antidepressive Medikation möglich sei. Zum Zeitpunkt der Begutachtung habe keine Pharmakotherapie bestanden (IV-act. 141).

Die Ausführungen im MEDAS-Gutachten sowie im Ergänzungsschreiben zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung der Diagnosen und der tatsächlichen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens sind nachvollziehbar und schlüssig. Indem die MEDAS-Gutachter das Zusammenspiel sämtlicher Diagnosen und die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers berücksichtigten, unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens, ist nachvollziehbar, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultierte, wobei die Höhe im Ermessen der Gutachter liegt, nachdem sie - wie gesagt - lege artis vorgegangen sind (vgl. vorstehende E. 1.7). Sodann ist auch die Höhe nachvollziehbar, nachdem der Beschwerdeführer jeweils 50% im zweiten Arbeitsmarkt arbeitete, wobei fraglich erscheint, inwieweit diese Tätigkeit angepasst war. Gleichzeitig attestierten auch die behandelnden Fachpersonen der C._____ dem Beschwerdeführer eine 60%-ige Arbeitsfähigkeit, jedoch in geschütztem Rahmen (vgl. u.a. IV-act. 111-6f./9; 137-6/90).

An der Nachvollziehbarkeit des MEDAS-Gutachtens vermag auch der Bericht der C._____ vom 12. April 2024 nichts zu ändern. Die Ausführungen zu den Schwierigkeiten des Beschwerdeführers aufgrund seiner Persönlichkeitsstörung sowie seiner weiteren gesundheitlichen Einschränkungen stimmen weitgehend mit den Feststellungen im MEDAS-Gutachten überein und wurden im Gutachten berücksichtigt. Dass die Verdachtsdiagnose einer Borderline Persönlichkeitsstörung nun bestätigt wurde, ändert am Gesagten nichts. Sodann kritisieren die behandelnden Ärzte hauptsächlich, dass der Beschwerdeführer als im ersten Arbeitsmarkt arbeitsfähig beurteilt wurde. Hierzu ist auf die nachfolgenden Ausführungen zur Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit zu verweisen.

3.2.3 Der Internist hat im MEDAS-Gutachten festgehalten, dass in der Zusammenschau der übrigen pathologischen Laborwerte ursächlich am ehesten eine Leberfunktionsstörung bei Status nach antiviraler Behandlung einer Hepatitis C in Frage komme. Ergänzend führte der Gutachter aus, dass diese Befunde bis auf die Hypalbuminämie in den Vorakten nicht vorhanden seien, sodass eine weitere Abklärung empfohlen werde. Diese Ausführungen vermögen jedoch das Ergebnis im MEDAS-Gutachten - entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers - nicht in Frage zu stellen bzw. wird das Gutachten dadurch nicht unvollständig, weil der Gutachter auf weitere Abklärungen verwiesen, solche jedoch nicht vor-

genommen hat. Ausschlaggebende Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kommt nicht der Diagnose zu, sondern den aus der gesundheitlichen Beeinträchtigung am Bewegungsapparat resultierenden funktionellen Einschränkungen und der damit einhergehenden Auswirkung auf das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers (vgl. BGE 143 V 418 E. 6; Urteile BGer 8C_481/2021 vom 4.2.2022 E. 4.2.1; 9C_93/2019 vom 10.4.2019 E. 4.1.2). Die MEDAS-Gutachter haben den Beschwerdeführer eingehend untersucht, die funktionellen Einschränkungen beschrieben und berücksichtigt und das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers beurteilt. Wenn sie bzw. insbesondere der Internist daraufhin zum Schluss gekommen ist, dass die Befunde, welche möglicherweise auf eine Leberfunktionsstörung hindeuten würden, zum Begutachtungszeitpunkt keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers haben, so ist das nicht zu beanstanden. Aus den Akten ergeben sich sodann auch keine Anhaltspunkte, die Zweifel an der Beurteilung der Gutachter zu begründen vermöchten. Daran ändert auch nichts, wenn neu im Arztbericht des AC._____ (Spital) vom 17. Januar 2024 die Verdachtsdiagnose einer äthyltoxischen und nutritiv-toxischen Leberzirrhose Child A erwähnt wird (Bf-act. 3). Sollte es dadurch bzw. auch aus anderen Gründen zu einer anhaltenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers sowie seiner Leistungsfähigkeit kommen bzw. seit der angefochtenen Verfügung vom 4. Januar 2023 gekommen sein, so hat dies der Beschwerdeführer gegenüber der Vorinstanz neu geltend zu machen (Art. 17 ATSG). Der gerichtliche Überprüfungszeitraum im vorliegenden Fall beschränkt sich grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung verwirklicht hat.

3.2.4 Die Lungenfunktion bzw. das Lungenvolumen von 56% wurde im MEDAS-Gutachten in Zusammenhang mit dem Asthma thematisiert. Gemäss Ausführungen des Beschwerdeführers gegenüber dem Internisten sei er diesbezüglich in Behandlung, wobei die Werte vor Kurzem gut gewesen seien. Zu einer Exazerbation des Asthmas mit Notfallbehandlung sei es nicht gekommen. Der Beschwerdeführer verspüre nach ca. 400m Geradeausgehen Atemnot, insbesondere wenn es bergauf gehe. Er wohne im zweiten Stock, unbelastet könne er diese zwei Stockwerke ohne stehen zu bleiben bewältigen, oben atme er aber stark und schwitze. Mit zwei Einkaufstaschen belastet, müsse er jeweils nach einem Stockwerk kurz stehen bleiben (IV-act. 137-31f./90). In der Folge hielt der Internist fest, dass das Asthma Bronchiale trotz ungenügender Basistherapie meist kontrolliert sei (IV-act. 137-39/90), und dass der Beschwerdeführer in leichter überwiegend sitzender, teilweise aber auch stehender Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig wäre (IV-act. 137-40/90). Bei dieser Sachlage ist nachvollziehbar, dass die verminderte Lungenfunktionsfähigkeit (wie auch das Asthma bronchiale)

gemäss Gutachter, neben den weiteren bestehenden Einschränkungen, keine weitergehende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat.

3.2.5 Schliesslich rügt der Beschwerdeführer, dass die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung rückwirkend seit 2015 gelten soll. Hierfür gebe es keinerlei medizinische Grundlage, äussere sich das MEDAS-Gutachten doch in keiner Weise zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit.

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers lässt sich dem MEDAS-Gutachten zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit was folgt entnehmen. Zum einen äusserten sich die Gutachter zum Verlauf in der Arbeitsanamnese (IV-act. 137-4f./90) sowie zum anderen explizit unter "Verlauf der Arbeitsunfähigkeit" (IV-act. 137-5f./90). Dabei hielten sie fest, dass der Beschwerdeführer im angestammten Beruf als Heizungsmonteur respektive Monoblockinstallateur bis August 2015 gearbeitet habe, als er krankheitsbedingt ausgefallen war. Es sei eine erfolglose kurze Arbeit als selbständiger Barbesitzer (05/2016 bis 08/2016) gefolgt. Seit September 2016 sei er auf Arbeitssuche. Von 2017 bis 2019 habe der Beschwerdeführer gemäss seinen Angaben in geschützter Arbeitstätigkeit mehrheitlich im Sitzen 50% bzw. 60% gearbeitet. Die Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit seit September 2015 wird sodann mit der mediolateralen Diskushernie L5/S1 begründet (IV-act. 137-10/90). Auch für angepasste Tätigkeiten bestünden bereits vor der Aktivierung der Gonarthrose im Januar 2022 Einschränkungen bezüglich der Belastbarkeit der LWS mit Beschränkung auf leichte Tätigkeiten seit der Feststellung des Diskusprolapses im MRI am 17. September 2015 (IV-act. 137-11/90). Aus somatischer Sicht ist die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung rückwirkend seit September 2015 nachvollziehbar. Auch wenn es vorübergehend zu Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von Operationen, Krankheiten oder Unfällen gekommen ist, so ist dabei nicht von einer anhaltenden rentenrelevanten Einschränkung auszugehen. Die Gonarthrose wurde erst später aktiviert, dennoch kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass die angepasste Tätigkeit aufgrund der LWS-Schmerzen bereits seit September 2015 zu berücksichtigen ist.

Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung äusserte der Beschwerdeführer, seit drei Jahren Dauerschmerzen zu haben. Er habe jetzt wieder Ängste bezüglich anderer Personen, habe auch Panik. Er sei allein und depressiv. Früher sei es anders gewesen. Des Weiteren äusserte der Beschwerdeführer, dass ihm die Arbeit im Integrationsprojekt gut getan habe. Er habe die Arbeit dort wegen der Schmerzen nicht mehr ausüben können (IV-act. 137-52/90). Zum Verlauf äusserte der Beschwerdeführer zudem, dass er ca. 2013 / 2016 zusammengebrochen sei und nur noch geweint habe (IV-act. 137-53/90). In der beruflichen Anamnese berichtete der Beschwerdeführer, dass er zuletzt 2015 gearbeitet habe und we-

gen der Schmerzen nicht mehr habe arbeiten können. 2016 habe er sich selbständig machen wollen, nach ca. vier Monaten sei ihm die Bar wieder weggenommen worden. Zwischen 2017 und 2019 habe er im Rahmen eines Sozialprojekts gearbeitet. 2019 sei nichts mehr gegangen wegen der Schmerzen. Dann sei Corona gekommen und er sei Risikopatient gewesen. Nun gehe er alle zwei Wochen drei Stunden bei der Kirche arbeiten. Er müsse zwar nicht schwer heben, müsse jedoch stehen. Die Arbeit tue ihm im Kopf gut, körperlich sei sie sehr anstrengend (IV-act. 137-56/90).

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers lässt sich aus diesen Schilderungen aber auch aus den Beurteilungen im psychiatrischen Gutachten zum Verlauf der Einschränkungen, Behandlungen, Rehabilitationen etc. ein gutes Gesamtbild des Verlaufs der Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers seit September 2015 erkennen. Gemäss der Aktenlage typisch erscheint der schwankende Verlauf, je nach Ausprägung der verschiedenen Belastungen. Zeitweise kam es zu Konflikten in der Partnerschaft, zur Geburt des Kindes, was wiederum Freude bereitete, zur Trennung in der Partnerschaft, dann wieder zu mehr Konsum schädlicher Substanzen, zu längeren Abstinenzen, zu vermehrten Schmerzen und Depression, gleichzeitig war immer wieder eine Arbeitstätigkeit im Integrationsprojekt möglich. Bei dieser Sachlage ist nachvollziehbar, dass die MEDAS-Gutachter auch aus psychiatrischer Sicht von einer 60%-igen Arbeitsfähigkeit seit September 2015 ausgehen. Weder aus den Vorbringen des Beschwerdeführers noch aus den Akten lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit September 2015 über eine längere Zeit in einem schlechteren Gesundheitszustand war, als zum Begutachtungszeitpunkt. Dass die Einschätzung der Gutachter und in der Folge der Vorinstanz zum Zeitraum nachvollziehbar ist, zeigt sich auch aus den vorstehenden ärztlichen Berichten in E. 2.1 bis 2.25.

3.2.6 Zusammenfassend erweist sich das MEDAS-Gutachten als schlüssig und nachvollziehbar, weshalb darauf abgestellt werden kann.

3.3 Umstritten ist des Weiteren die von der Vorinstanz bejahte Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

3.3.1 Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (vgl. Art. 7 Abs. 1 und Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1) zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung,

beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar. Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur 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 zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil BGer 9C_426/2020 vom 29.4.2021 E. 5.2 mit Hinweisen). Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst verschiedenste Tätigkeiten, was die beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch den körperlichen Einsatz anbelangt (BGE 110 V 273 E. 4b). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen, sondern nur von Tätigkeiten, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind jedoch keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 457 E. 3.1; SVR 2016 IV Nr. 58 S. 190; Urteile BGer 8C_910/2015 vom 19.5.2016 E. 4.2.1; 8C_369/2021 vom 28.10.2021 E. 6.1; 8C_783/2020 vom 17.2.2021 E. 7.3.1; 9C_21/2022 vom 15.6.2022 E. 2.3.1; 8C_416/2020 vom 2.12.2020 E. 4 m. H.).

3.3.2 Im konkreten Fall ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer im Rahmen seines Strafvollzugs eine Lehre als Heizungsmonteur abschliessen konnte (IV-act. 137-4/90). In der Folge ist es zu verschiedensten Temporärarstellungen gekommen, aber auch zu zwei längeren konstanten Arbeitsverhältnissen (u.a. als Lüftungsgerätemonteur, IV-act. 137-57/90) über mehrere Jahre (ca. 2009 bis 2014, IV-act. 137-4/90; 144-4/6), wo die Arbeitsbedingungen mehr als optimal für den Beschwerdeführer gewesen seien (IV-act. 137-62/90). Danach kam es wieder zu Temporäreinsätzen als Heizungsmonteur (IV-act. 137-4/90). Von 2017 bis 2019 (jeweils mit Unterbruch) und auch im Jahr 2020 (IV-act. 144-5/6; 111-6/9) arbeitete der Beschwerdeführer in einem geschützten Rahmen meist im Sitzen, teilweise im Stehen zu 50 bzw. 60%. Aufgrund der Rückenschmerzen musste die Tätigkeit aufgegeben werden (IV-act. 137-5/90). Zudem sei ihm dort zweimal gekündigt worden aufgrund vermehrter Krankschreibung und unangepassten Verhaltens (IV-act. 111-6/9). Als positiv ist die Tagesstruktur zu werten. Aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur schien für den Beschwerdeführer die Zusammenarbeit mit Teamkollegen sowie Führungspersonen jedoch anstrengend, wobei er versuchte, sich zu distanzieren und sich auf seine Arbeit zu konzentrieren, was nicht immer gleich leicht fiel (IV-act. 111-6/9).

3.3.3 Dementsprechend lautet das Belastungsprofil im MEDAS-Gutachten wie folgt (IV-act. 137-8/90):

Diese orthopädischen Diagnosen schliessen Tätigkeiten mit regelmässiger mittelschwerer und schwerer Belastung aus, Tätigkeiten in Knien und Kauern. Gehen auf unebenem Boden, häufigem Bücken.

Aus psychiatrischer Sicht sind rein administrative Tätigkeiten nicht geeignet. Er benötigt eine wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit selbständig Pausen machen und sich bewegen zu können. Eine abwechslungsreiche Tätigkeit mit manuellen Tätigkeiten, die auch durch Platz- und Situationswechsel angereichert ist, neben einfachen administrativen Aufgaben, wäre denkbar. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung sollten die Interaktionen zu anderen Personen gering gehalten werden. Der Versicherte benötigt eine gewisse Freiheit in seiner Arbeitstätigkeit sowie eine ihm wohlwollende vorgesetzte Person, die der Versicherte akzeptiert. Die Interaktion mit Arbeitskollegen sollte immer wieder auch angeschaut und gegebenenfalls gecoacht werden. Der Versicherte ist wenig konfliktfähig und neigt hier zu inadäquaten Reaktionen aber auch zu einem passiven Rückzug. Bei Überforderung kommt es zu depressiven Symptomen und zu Ängsten. Aufgrund von einer agoraphobischen Reaktionsweise sollte der Arbeitsplatz auch so gestaltet werden, dass der Versicherte sich wohlfühlt. Bei einem erhöhten Leistungsdruck oder bei Überforderung nimmt der Versicherte den Schmerz verstärkt wahr, was zu einer vermehrten Schmerzsymptomatik führt. Hierdurch kommt es dann zu einer subjektiven Limitierung.

3.3.4 Nach dem Gesagten ergibt sich, dass der Beschwerdeführer bis anhin trotz seiner Persönlichkeitsstörung verschiedenste Arbeitstätigkeiten ausüben konnte, unter geeigneten Bedingungen doch über mehrere Jahre hinweg, wobei sich die Tätigkeiten nicht auf das gelernte Berufsprofil beschränkten. Immerhin zeigte der Beschwerdeführer auch mit der Tätigkeit im geschützten Rahmen (im Recycling bzw. Zerlegen von Computern und Fernsehern), dass er doch zu einem Pensum von 50 bzw. 60% und in einer völlig neuen Tätigkeit arbeiten kann. Damit ist auch nachvollziehbar, dass die MEDAS-Gutachter die intellektuellen Ressourcen des Beschwerdeführers betonten. Gegenüber der neuropsychologischen Fachgutachterin äusserte der Beschwerdeführer selbst, sich einigermaßen gut konzentrieren und gut an einer Sache dranbleiben zu können, was sich in der Folge auch bei der Untersuchung zeigte. Die kognitiven Leistungen waren alters- und bildungsadäquat. Der Beschwerdeführer ist zudem erst 53 Jahre alt.

Der ausgeglichene Arbeitsmarkt kennt viele leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, welche der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht noch ausüben kann. Gerade unter Berücksichtigung eines 60%-Pensums sollte auch die Möglichkeit, Pausen zu machen, sich bewegen zu können und Platz- sowie Situationswechsel vorzunehmen, ohne weiteres bestehen. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass viele dieser leichten Tätigkeiten, wie Warensortierung, das einfache Bedienen und Einrichten von Maschinen sowie allgemein einfache Überwa-

chungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten (vgl. Urteile BGer 8C_369/2021 vom 28.10.2021 E. 6.4; 8C_462/2020 vom 27.8.2020 E. 5.1) auch mit wenig bis keinen Kontakten zu Arbeitskollegen sowie ohne Druck auskommt (vgl. Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], gültig ab 1.1.2015, Stand: 1.1.2021, Rz. 3067.3), so dass die fehlende Konfliktfähigkeit und inadäquates Verhalten des Beschwerdeführers kaum ins Gewicht fallen sollten (vgl. auch Urteile BGer 8C_735/2021 vom 17.3.2022 E. 4.3; 9C_464/2021 vom 16.9.2022 E. 4.3.1ff., Unverwertbarkeit einer 80%-igen Arbeitsfähigkeit mit unrealistischen Bedingungen, hingegen Verwertbarkeit einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit ohne weitergehende Auflagen bei einer Beschwerdeführerin mit ADHS und einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ). Schliesslich darf auch ohne weiteres erwartet werden, dass es in diesen Bereichen verständnisvolle vorgesetzte Personen gibt, ohne von einem Nischenarbeitsplatz ausgehen zu müssen. Die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers und das vorstehend genannte Belastungsprofil führen somit nicht zu einer Unverwertbarkeit des dem Beschwerdeführer verbliebenen Leistungsvermögens.

3.3.5 Zusammenfassend ist die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu bejahen. Was die Ausführungen im Schreiben der C._____ vom 12. April 2024 betrifft, so ist es praxismässig nicht Aufgabe der Arztperson, sich zu den erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, namentlich zu den aufgrund von Anforderungs- und Belastungsprofil in Betracht fallenden Stellen, oder zur Integration in den ersten Arbeitsmarkt zu äussern (Urteil BGer 8C_369/2021 vom 28.10.2021 E. 6.3 m. H. a. BGE 140 V 193 E. 3.2; 107 V 17 E. 2b; Urteil BGer 8C_30/2020 vom 6.5.2020 E. 4.2). Im Übrigen wurden die Ausführungen bereits berücksichtigt, zumal sie in vergleichbarer Weise auch im MEDAS-Gutachten festgestellt wurden.

4. Der Beschwerdeführer rügt weiter die vorinstanzliche Nichtgewährung eines Abzugs von dem trotz Gesundheitsschaden erzielbaren - im Übrigen unbestrittenen - Invalideneinkommen, das gestützt auf die LSE-Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1 für Männer, ermittelt wurde.

4.1. Mit einem (leidensbedingten) Abzug vom anhand statistischer Lohndaten ermittelten Invalideneinkommen soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit

auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 148 V 174 E. 6.3 m. H.).

Die Frage nach der Höhe des Leidensabzuges ist eine typische Ermessensfrage. Das kantonale Gericht darf dabei sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2; 126 V 75 E. 6; Urteile BGer 9C_363/2017 vom 22.6.2018 E. 2.2; 8C_250/2022 vom 8.11.2022 E. 1.4). Die Frage, ob überhaupt ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt hingegen eine frei überprüfbare Rechtsfrage dar (vgl. BGE 146 V 16 E. 4.2; Urteil BGer 8C_390/2020 vom 25.11.2020 E. 4.3).

4.2 Die bisherige Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 148 V 174 E. 6.3 m.w.H.).

4.3 Die Vorinstanz begründet vernehmlassend den Verzicht auf einen leidensbedingten Abzug damit, dass die flexible Pausenbedürftigkeit infolge der vermehrten Schmerzen mit der Einschränkung von 40% auch in körperlich angepassten Tätigkeiten berücksichtigt worden sei. Gemäss neuropsychologischer Teilbegutachtung fänden sich auf diesem Fachgebiet darüber hinaus keine leistungslimitierenden neuropsychologischen Einschränkungen. Aus orthopädischer Sicht könnten angepasste Tätigkeiten sodann in 100%-iger Anwesenheit ohne zusätzliche qualitative Einschränkungen durchgeführt werden. Ein leidensbedingter Abzug infolge psychisch bedingt verstärkter Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen, könne nicht als eigenständiger Abzugsfaktor anerkannt werden. Es sei davon auszugehen, dass ruhige, stressarme und nicht monotone Tätigkeiten im ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausreichend zu finden seien, weshalb die Vorgaben nach abwechslungsreichen Tätigkeiten manueller Art oder einfachen administrativen Aufgaben mit wohlwollender Arbeitsumgebung und ohne übermässigen Leistungsdruck keinen Abzug rechtfertigen würden. Aus medizinischer Sicht spreche somit, auch gemäss Rücksprache mit der zuständigen RAD-Ärztin, nichts gegen eine ganztägige Verwertbarkeit der 60% mit entspre-

chend reduzierter Leistung, womit auch ein leidensbedingter Abzug infolge Teilzeitarbeit nicht zur Diskussion stehe. Die Gegebenheit, dass eine grundsätzlich vollzeitleich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist (in casu insb. infolge des flexiblen Pausenbedarfs), begründe keinen Abzug vom Tabellenlohn.

Duplizierend hält die Vorinstanz sodann fest, dass das Zumutbarkeitsprofil, welches sich insbesondere auf leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeiten beschränke, nicht derart eingeschränkt sei, dass solche Arbeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Verdienst zu finden wären. Der Persönlichkeitsstörung und dadurch bedingter Einschränkungen im zwischenmenschlichen Bereich sei in der Herabsetzung der zumutbaren Leistungsfähigkeit auf 60% bereits Rechnung getragen worden und damit sei das Erfordernis einer besonders rücksichtsvollen Arbeitsumgebung zumindest grösstenteils berücksichtigt worden. Der fehlenden Berufserfahrung / Dienstjahre und der längeren Absenz vom Arbeitsmarkt sei mit der Heranziehung der Löhne des tiefsten Kompetenzniveaus Rechnung getragen worden.

4.4 Die oben erwähnten Ausführungen der Vorinstanz zum leidensbedingten Abzug sind grundsätzlich und für sich einzeln betrachtet zutreffend.

Nachdem die Vorinstanz für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf das Kompetenzniveau 1 abstellt, berechtigen weder die fehlende Berufsausbildung des Beschwerdeführers zu einem Abzug, noch sein Alter (vgl. Urteile BGer 8C_799/2021 vom 3.3.2022 E. 4.3.2f.; 9C_535/2017 vom 14.12.2017 E. 4.6; 8C_48/2021 vom 20.5.2021 E. 4.3.4). Gerade Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (BGE 146 V 16 E. 7.2.1 m. H.; vgl. auch Urteil BGer 8C_393/2020 vom 21.9.2020 E. 4.2). Rechtsprechungsgemäss ist der Umstand allein, dass nur noch leichte Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der LSE-Tabellenlohn im hier beigezogenen Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteile BGer 8C_369/2021 vom 28.10.2021 E. 8.2.2; 8C_151/2020 vom 15.7.2020 E. 6.2 m. H.). Was ein Abzug infolge Teilzeitarbeit bei Männern betrifft, so rechtfertigt gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitleich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, keinen über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinaus gehenden Abzug (Urteile BGer 8C_711/2012 vom 16.11.2012 E. 4.2.5; 8C_211/2018 vom 8.5.2018 E. 4.4). Die Vorinstanz hat bei der RAD-Ärztin abgeklärt, ob die 60%-ige Arbeitsfähigkeit ganztags umgesetzt

werden könne (bei entsprechend reduzierter Leistung), was die RAD-Ärztin gestützt auf die Ausführungen im MEDAS-Gutachten nachvollziehbar bejahte. Daran ändert auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf das Bundesgerichtsurteil 8C_163/2015 vom 16. Juni 2015 (E. 3.2.2) nichts. Darin ist u.a. von ausserordentlichen Pausen die Rede. Gleichzeitig wird jedoch darauf hingewiesen, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen können. Auch dass der Beschwerdeführer über eine längere Zeit im ersten Arbeitsmarkt nicht mehr tätig war, vermag keinen leidensbedingten Abzug zu begründen. Die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt betrifft das Kriterium der Dienstjahre, dessen Bedeutung gemäss der Rechtsprechung im privaten Sektor abnimmt, je niedriger das Anforderungsprofil ist (BGE 126 V 75 E. 5a/cc). Mit Blick auf das Kompetenzniveau 1 und vergleichbare berufliche Stellungen kommt dem Umstand, dass der Beschwerdeführer nicht mehr in seiner angestammten Tätigkeit arbeiten kann und im Rahmen einer Verweistätigkeit keine Dienstjahre und kein Erfahrungswissen aufweist, daher keine relevante Bedeutung zu. Weil ein neuer Arbeitsplatz zudem stets mit einer Eingewöhnungsphase einhergeht, vermag auch ein allfälliger Anpassungsaufwand keinen Tabellenlohnabzug zu rechtfertigen (Urteil BGer 9C_226/2020 vom 13.8.2020 E. 5.2). Das Bundesgerichtsurteil 9C_339/2021 vom 27.7.2022 ist bereits deshalb nicht einschlägig, weil darin das Kompetenzniveau 2 zur Diskussion steht und nicht wie vorliegend das Kompetenzniveau 1, wobei die darin enthaltenen Ausführungen den vorliegenden nicht widersprechen. Ebenfalls nicht vergleichbar mit dem vorliegenden Fall ist der vom Beschwerdeführer vorgebrachte Bundesgerichtentscheid 9C_14/2022 vom 21.7.2022, weil der darin geschilderte Sachverhalt erheblich vom vorliegenden abweicht.

Entgegen dem Sachverhalt im - vom Beschwerdeführer zitierten - Bundesgerichtsurteil 9C_305/2022 vom 24. November 2022 (E. 3.2.2.2) wurde im vorliegenden Fall der erhöhte Pausenbedarf und die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der Schmerzen bereits in der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung im MEDAS-Gutachten, welches eine Arbeitsfähigkeit von 60% attestierte, berücksichtigt. Nichts anders gilt für die psychischen Einschränkungen bzw. die Persönlichkeitsstörung, zumal diese ebenfalls zur eingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 60% geführt haben und somit ausreichend berücksichtigt wurden. Auch kann eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzte und Arbeitskollegen nicht als eigenständiger abzugsfähiger Umstand anerkannt werden (Urteile BGer 9C_437/2015 vom 30.11.2015 E. 2.4; 8C_711/2012 vom 16.11.2012 E. 4.2.2; 8C_799/2018 vom 30.4.2019 E. 4.4; 8C_773/2023 vom 1.5.2024 E. 6.2.2) und rechtfertigen auch Tätigkeiten "ohne

Zeitdruck, ohne besondere Stressoren und ohne besondere Anforderungen an die Konfliktfähigkeit in einem möglichst wertschätzenden Setting" grundsätzlich keinen leidensbedingten Abzug (Urteil BGer 8C_735/2021 vom 17.3.2021 E. 4.3f.). Wie im zitierten Bundesgerichtsurteil 9C_437/2015 hat die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung vorliegend sämtliche gesundheitlichen Beeinträchtigungen in ihrer Gesamtheit miteingeschlossen. In diesem Fall darf der Polymorbidität nicht (zusätzlich) mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung getragen werden, weil sie sonst doppelt berücksichtigt würde (E. 2.4). Gemäss Bundesgericht ebenfalls nicht zu einem Abzug berechtigt der Umstand, dass die psychisch beeinträchtigte Person ein grosses Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen habe und deshalb mit einem unterdurchschnittlichen Lohn rechnen müsse, zumal diese verminderte psychische Belastbarkeit ebenfalls bereits im Rahmen der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt wurde (Urteil BGer 9C_437/2015 vom 30.11.2015 E. 2.4 m.V.a. 8C_283/2011 vom 26.5.2011 E. 4; SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, 9C_708/2009 E. 2.3.2).

4.5 Der höchstrichterliche Entscheid BGE 148 V 174 hält an der bisherigen Rechtsprechung fest, insbesondere soll der Abzug nicht automatisch, sondern unter Berücksichtigung des konkreten Einzelfalls erfolgen (vgl. insbesondere E. 9.2.3; vgl. auch Urteile BGer 8C_602/2021 vom 11.5.2022 E. 4.1; 9C_339/2021 vom 27.7.2022 E. 4.5.2f.).

Die oben erwähnten Ausführungen zum leidensbedingten Abzug sind im Einzelnen zutreffend, werden jedoch dem vorliegenden Einzelfall nicht gerecht. Zwar wurde der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht als zu 100% arbeitsfähig in angepasster Tätigkeit beurteilt. Die körperlichen Beschwerden führen jedoch nicht nur zur Einschränkung auf eine leichte Tätigkeit, sondern es sind auch rückenbelastende Tätigkeiten und kniebelastende Tätigkeiten nicht möglich. Im Belastungsprofil wurde dem insoweit Rechnung getragen, als Tätigkeiten im Knien und Kauern, Gehen auf unebenem Boden und häufiges Bücken verneint wurden, wobei eine rein sitzende Tätigkeit ebenfalls als rückenbelastende Tätigkeit zu beurteilen wäre. Gleichzeitig wurde auch aus psychiatrischer Sicht festgehalten, dass eine wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit, selbständig Pausen zu machen und sich bewegen zu können, erforderlich ist (IV-act. 137-8/90, 11/90). Hinzu kommt im vorliegenden Fall, dass aus psychiatrischer Sicht eine quantitative Einschränkung in angepasster Tätigkeit und eine Arbeitsfähigkeit in optimal angepasster Tätigkeit von 60% festgehalten wurde (IV-act. 137-11/90). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Heizungsmonteur wurde aus psychiatrischer Sicht mit der depressiven Symptomatik und der somatoformen Schmerzstörung begründet. Bei den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

wurden zudem die kombinierte Persönlichkeitsstörung sowie Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Teilnahme am Substitutionsprogramm erwähnt (IV-act. 137-7/90). Mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 60% wird der Pausenbedarf und eine gewisse Flexibilität zwar abgedeckt, hinzu kommt zu diesen Voraussetzungen indes, dass rein administrative Tätigkeiten nicht geeignet sind. Die Tätigkeit hat abwechslungsreich mit manuellen Tätigkeiten, die auch durch Platz- und Situationswechsel angereichert ist, neben einfachen administrativen Aufgaben zu sein. Aufgrund der Persönlichkeitsstörung sollten die Interaktionen zu anderen Personen gering gehalten werden, unabhängig von der Notwendigkeit einer wohlwollenden vorgesetzten Person sowie Arbeitskollegen (vgl. hierzu Urteil BGer 8C_602/2021 vom 11.5.2022 E. 4.3.1). Die Interaktion mit Arbeitskollegen sollte jedoch gegebenenfalls gecoacht werden. Sodann benötigt der Beschwerdeführer gewisse Freiheiten in seiner Arbeitstätigkeit. Der Beschwerdeführer ist wenig konfliktfähig und neigt hier zu inadäquaten Reaktionen aber auch zu einem passiven Rückzug. Bei Überforderung kommt es zu depressiven Symptomen und zu Ängsten. Aufgrund von einer agoraphobischen Reaktionsweise sollte der Arbeitsplatz auch so gestaltet werden, dass der Versicherte sich wohlfühlt. Bei einem erhöhten Leistungsdruck oder bei Überforderung nimmt der Versicherte den Schmerz verstärkt wahr, was zu einer vermehrten Schmerzsymptomatik führt. Hierdurch kommt es dann zu einer subjektiven Limitierung. All diese Einschränkungen werden jedoch mit einem 60% Pensum allein nicht abgedeckt und berücksichtigt. Vielmehr ist mit zusätzlichen Auswirkungen auf den Lohn zu rechnen. Ebenfalls zu berücksichtigen ist, dass die Problematik auch zu Einschränkungen in privater Hinsicht führt und der Beschwerdeführer auf Stabilität angewiesen ist. Diese gesamten Umstände vermögen im konkreten Fall einen leidensbedingten Abzug zu begründen (vgl. auch Urteil BGer 8C_74/2022 vom 22.9.2022 E. 4.4.2).

4.6 Bei dieser Sachlage ist der Beschwerdeführer nicht nur somatisch, sondern insbesondere auch psychisch bedingt selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in seiner Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt bzw. ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer unter diesen Voraussetzungen zweifelsohne mit Auswirkungen auf die Lohnhöhe rechnen muss und er deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Damit bestehen mit Bezug auf eine konkret in Betracht fallende Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage verglichen mit einem gesunden Mitbewerber für den Beschwerdeführer nur bei Inkaufnahme einer Lohneinbusse reale Chancen für eine Anstellung. Dem Beschwerdeführer ist damit - auch unter Berücksichtigung

der vorstehenden Ausführungen, welche gegen einen leidensbedingten Abzug sprechen - ein Abzug von 10% zu gewähren.

5. Zu den in der angefochtenen Verfügung ermittelten Ausgangszahlen des Einkommensvergleichs, nämlich das Valideneinkommen von Fr. 72'289.-- (gestützt auf die LSE-Tabelle TA1, Sektor 41-43 [Baugewerbe], Kompetenzniveau 2, indexiert auf das Jahr 2021 [2298/2281]) sowie das Invalideneinkommen von Fr. 39'196.80 (gestützt auf die LSE-Tabelle TA1 von 2021, Männer, Kompetenzniveau 1, Fr. 65'328.-- reduziert auf 60%) äusserte sich der Beschwerdeführer - abgesehen vom leidensbedingten Abzug - nicht weiter, weshalb vorliegend darauf abgestellt werden kann, unter Berücksichtigung des vorstehend als gerechtfertigt erachteten Abzugs von 10%, was ein Invalideneinkommen von Fr. 35'277.12 ergibt. Damit resultiert neu ein Invaliditätsgrad von gerundet 51%, womit der Beschwerdeführer Anspruch auf eine halbe IV-Rente hat.

6. Zusammenfassend ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, als der leidensbedingte Abzug beim Einkommensvergleich auf 10% festgesetzt wird, woraus ein IV-Grad von 51% resultiert und somit ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente anerkannt wird. Die Nachzahlung der entsprechenden Rentenbeträge ist Sache der Vorinstanz. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

7.1 Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten zur Hälfte der Vorinstanz und zur Hälfte dem Beschwerdeführer auferlegt. Die Vorinstanz hat dem Beschwerdeführer zudem eine reduzierte Parteientschädigung zu entrichten.

7.2 Der Beschwerdeführer beantragt die unentgeltliche Rechtspflege (URP).

7.2.1 Nach Art. 61 lit. f ATSG und nach konstanter Rechtsprechung hängt der Anspruch auf unentgeltliche Rechtsbeistandung grundsätzlich davon ab, dass drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind, nämlich die Bedürftigkeit des Beschwerdeführers, die Nichtaussichtslosigkeit der verfolgten Rechtsansprüche und die Notwendigkeit der Rechtsbeistandung bzw. die Bewilligung eines unentgeltlichen Rechtsbeistandes, wo die Verhältnisse es rechtfertigen (vgl. statt vieler: VGE I 2016 133 vom 20.1.2017 E. 1.1; BGE 135 I 1 E. 7.1).

7.2.2 Gemäss § 75 Abs. 1 Verwaltungsrechtspflegegesetz (VRP; SRSZ 234.110) vom 6. Juni 1974 (und Art. 29 Abs. 3 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV; SR 101] vom 18.4.1999) beschränkt sich der Anspruch auf Befreiung von der Kostentragung und somit auf unentgeltliche Prozess-

führung bereits auf die Voraussetzungen der Nichtaussichtslosigkeit und Bedürftigkeit.

7.2.3 Im konkreten Fall sind die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege (inkl. Rechtsverbeiständung) erfüllt. Das Verfahren kann nicht als geradezu aussichtslos bezeichnet werden, die Rechtsverbeiständung ist als notwendig (dies in Berücksichtigung der im Vergleich zum Verwaltungsverfahren für das Gerichtsverfahren tieferen Anforderungen an diese Voraussetzung, vgl. VGE I 2016 8 vom 12.7.2016 E. 8.3) zu qualifizieren. Auch die Bedürftigkeit ist zu bejahen.

7.3 Die hälftigen Verfahrenskosten von Fr. 250.-- sind entsprechend auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.4 Dem Beschwerdeführer ist B. _____ als unentgeltliche Rechtsbeiständin zu bestellen und ihr ist zur Hälfte zulasten der Vorinstanz und zur Hälfte zulasten des Verwaltungsgerichts eine Entschädigung zu entrichten. Diese richtet sich nach dem kantonalen Gebührentarif für Rechtsanwälte (GebTRA; SRSZ 280.411) vom 27. Januar 1975. Das Honorar beträgt in Verfahren vor Verwaltungsgericht Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- (§ 14 GebTRA). § 2 GebTRA sieht als Bemessungskriterien die Wichtigkeit der Streitsache, ihre Schwierigkeit, den Umfang und die Art der Arbeitsleistung sowie den notwendigen Zeitaufwand vor. Eine allfällige Kostennote ist zu spezifizieren und vor Fällen des Entscheides einzureichen; andernfalls wird die Vergütung nach freiem Ermessen festgesetzt (§ 6 Abs. 1 GebTRA). Gestützt auf die obzitierten Normen befolgen die Verwaltungsbehörden und das Verwaltungsgericht bei der Entschädigungsbemessung eine zurückhaltende Praxis. Die Bindung an den Gebührentarif und damit die notwendige Wahrung der Proportionen zwischen den verschiedensten Aufwandintensitäten bedingt, dass aufwandgeringe Verfahren nur so hoch entschädigt werden, dass der Gebührentarif auch für aufwandintensivste Fälle noch eine angemessene Entschädigung zulässt (VGE II 2021 9 vom 22.2.2021 E. 1.2.1f.). Sodann beträgt der aktuell vom Verwaltungsgericht akzeptierte maximale Stundenansatz Fr. 220.-- inkl. MwSt (vgl. VGE I 2021 66 vom 1.12.2021 E. 1.2.3).

Die Vertreterin des Beschwerdeführers hat am 4. April 2023 eine Kostennote eingereicht in welcher unter Hinweis auf eine detaillierte Leistungserfassung ein Honorar für 14 Std. 45 Minuten à Fr. 220.-- geltend gemacht wird, zuzüglich Auslagen von pauschal Fr. 97.35 und 7.7% Mehrwertsteuer von Fr. 257.20. Angesichts der getätigten und benötigten Aufwendungen erweisen sich sowohl der geltend gemachte Zeitaufwand sowie die vorgetragenen Auslagen als nachvollziehbar. Der Stundenansatz ist jedoch auf Fr. 220.-- inklusive MwSt zu kürzen. Dies führt zu einem Betrag von Fr. 3'245.-- (14.75 x Fr. 220.--). Hinzu kommen

Auslagen von Fr. 97.35 (inkl. MwSt). Gesamthaft ist die Parteientschädigung auf Fr. 3'342.35 festzulegen. Davon gehen Fr. 1'671.15 zu Lasten der Vorinstanz und Fr. 1'671.20 zu Lasten des Verwaltungsgerichts.

7.5 Die hälftigen Verfahrenskosten von Fr. 250.-- wie das hälftige Honorar von Fr. 1'671.20 unterliegen der Rückerstattungspflicht (§ 75 Abs. 3 VRP).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit im Sinne der Erwägungen gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und ab 1. Juli 2017 ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente (IV-Grad 51%) anerkannt wird. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und je zur Hälfte (Fr. 250.--) dem Beschwerdeführer und der Vorinstanz auferlegt. Auf das Inkasso gegenüber dem Beschwerdeführer wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet. Die Vorinstanz hat ihren Anteil (Fr. 250.--) innert 30 Tagen seit Zustellung des Entscheids auf das Postfinancekonto IBAN CH10 0900 0000 6002 2238 6 des Verwaltungsgerichts zu überweisen.
3. Die Vorinstanz hat der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 1'671.15 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.
4. Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Rechtsverteidigung gewährt. Rechtsanwältin B._____, wird als unentgeltliche Rechtsbeistandin bestellt. Ihr wird aus der Gerichtskasse ein Honorar von Fr. 1'671.20 (inkl. Auslagen und MwSt) zugesprochen.
5. Der Beschwerdeführer hat die hälftigen Verfahrenskosten von Fr. 250.-- sowie das hälftige Honorar von Fr. 1'671.20 dem Gericht zurückzuerstatten, wenn er dazu innert 10 Jahren nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).
6. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
7. Zustellung an:

- die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers (2/R)
- die Vorinstanz (R)
- und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 8. Juli 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 29. Juli 2024