

SO_GERICHTE VSBES.2022.270 vom 6. Dezember 2023

SO Obergericht, 2023-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.270_d20231206

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.270 du 6 décembre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.270 del 6 dicembre 2023

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Der Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführer), geb. 1987, erlitt am 3. August 2020 einen Unfall, als ihm bei seiner Arbeit als Schaler ein Nagel in den rechten Unterarm eindrang (IV-Akten / IV-Nr. 5.73). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva schloss den Fall per 1. April 2021 ohne weitere Leistungen ab, da zwischen dem Unfallereignis und den persistierenden Beschwerden kein natürlicher Kausalzusammenhang mehr bestand, was das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil VSBES.2021.180 vom 21. Juni 2022, welches unangefochten in Rechtskraft erwuchs, bestätigte. 1.2 Der Beschwerdeführer meldete sich am 5. Februar 2021 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). In der Folge verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 23. November 2022 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente auszurichten.

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung, ob eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2.3.1

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 (Art. 6 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

2.2.3.2 Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (s. E. II. 2.2.1 hiervor) gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615). Der Beschwerdeführer war nach seinem Unfall am 3. August 2020 arbeitsunfähig geschrieben. Sollte dieser Zustand in der Folge angehalten haben, was nachfolgend zu klären sein wird, so hätte die Wartezeit im August 2021 geendet. Der Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier angesichts der Anmeldung vom 5. Februar 2021 (s. E. I. 1.2 hiervor) ebenfalls im August 2021 der Fall.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert

zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 35 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 96). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). 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. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

3. 3.1 Nachdem der Beschwerdeführer am 3. August 2020 durch einen 9 cm langen Nagel am rechten Unterarm eine Stichverletzung erlitten hatte (IV-Nr. 5.73), ergingen die folgenden relevanten Berichte:

3.1.1 Dr. med. D.____, stellvertretende Chefarztin Neurologie am Kantonsspital [...], 7. Oktober 2020 (IV-Nr. 5.41 S. 2 ff.): Der Beschwerdeführer leide klinisch unter Schmerzen über dem M. brachioradialis rechts sowie im rechten Ellbogen- und Handgelenk. Im lateralen Vorderarm rechts sowie vereinzelt auch über den Fingerkuppen des Digitus II und III rechts zeige sich eine Hypästhesie. Ausserdem sei der Phalantest positiv. Weitere Defizite liessen sich nicht erheben, insbesondere imponierten Kraft und Trophik der Vorderarme als symmetrisch. Die Neurographien des N. medianus, N. ulnaris rechts sowie N. cutaneus antebrachii lateralis vom 7. und 8. Oktober 2020 seien normal ausgefallen. Differentialdiagnostisch seien die Beschwerden teilweise posttraumatisch bedingt nach Nagelstichverletzung. Weiter sei an

ein Karpaltunnelsyndrom und eine Neuropathie des N. cutaneus antebrachii lateralis zu denken. Im angestammten Beruf bestehe vorerst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 3.1.2 Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie FMH, 19. Januar 2021 (IV-Nr. 5.18 S. 1): Die Röntgenuntersuchung ergebe unauffällige knöcherner Strukturen. Es würden weder Fremdkörper noch eine Weichteilpathologie nachgewiesen. 3.1.3 Dr. med. F.____, Oberarzt Radiologie am Kantonsspital [...], 26. Februar 2021 (IV-Nr. 16.24): Der rechte Ellenbogen stelle sich in der MRI unauffällig dar, ohne narbige Veränderungen, Weichteilverletzungen oder Fremdkörper. 3.1.4 Dr. med. D.____, 8. März 2021 (IV-Nr. 16.21): Der Beschwerdeführer berichte von Schmerzen im gesamten rechten Arm sowie teilweise sehr schmerzhaften variablen Parästhesien und Dysästhesien. Die klinische Untersuchung zeige eine Hypästhesie im gesamten Unterarm sowie eine schmerzbedingt eingeschränkte Möglichkeit, die Kraft zu prüfen, aber keine Atrophien. Die neuen elektrophysiologischen Untersuchungen vom 3. März 2021 ergäben keine pathologischen Befunde des N. medianus, N. ulnaris rechts, N. cutaneus antebrachii lateralis sowie R. superficialis N. radialis. Die Beschwerden seien mit einer chronifizierten Brachialgie vereinbar. Ätiologisch könne als Ausgangspunkt eine mögliche Irritation des Ramus cutaneus antebrachii lateralis postuliert werden mit anfänglich neuropathisch anmutenden Beschwerden. Aktuell zeige sich sowohl eine Chronifizierung der Beschwerden als auch eine Symptomausweitung, die sich keinem peripheren Nerv zuordnen lasse. Vorderhand bestehe keine Arbeitsfähigkeit. 3.1.5 Dr. med. G.____, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. H.____, Universitätsklinik I.____, 6. Mai 2021 (IV-Nr. 20 S. 2 f.): Die eigentliche Nageleinstichstelle sei gut verheilt. Über der brachioradialen Muskulatur des rechten Ellbogens zeige sich eine diffuse Druckdolenz. Der Ellbogen sei aktiv und passiv ohne Schmerzangabe frei beweglich. Eine Hyposensibilität oder Dysästhesien liessen sich nicht objektivieren. Für eine Epicondylitis lateralis gebe es keine Anzeichen. Die Röntgenuntersuchung des rechten Ellbogens am 5. Mai 2021 habe unauffällige Stellungsverhältnisse und erhaltene Artikulationen ohne abgrenzbare Fraktur ergeben, lasse aber keine Einschätzung des Weichteilschadens zu. Es bestehe eine unklare Situation bei persistierenden Schmerzen im Bereich des Unterarms mit Ausbreitung distal und proximal sowie Symptomausweitung nach doch relativ schwerer Verletzung im August 2020. Klinisch fehle ein klares strukturelles Korrelat für die beschriebenen Beschwerden. Denkbar seien ein Infekt, eine persistierende Entzündung nach der Verletzung oder auch ein CRPS. Trotz der stetigen Verbesserung unter Physio- und Ergotherapie könne der Beschwerdeführer nach wie vor nicht in seine angestammte Tätigkeit auf dem Bau zurückkehren. 3.1.6 Med. pract. J.____, 8. Mai 2021 (IV-Nr. 20 S. 5 ff.): Der Beschwerdeführer leide auch an Schmerzen an der rechten Schulter, d.h. Bewegungen seien möglich, aber schmerzhaft. Angaben zur Arbeitsfähigkeit könne er keine machen. 3.1.7 Dres. G.____ und H.____, Universitätsklinik I.____, 10. Juni 2021 (IV-Nr. 34.19): Subjektiv sei die Situation unverändert. Im SPECT vom 25. Mai 2021 lasse sich kein CRPS nachweisen. Es lägen ein leicht vermehrter Knochenumbau im SC-Gelenk rechts und glenohumeral rechts, differentialdiagnostisch degenerativ, sowie geringe Zeichen einer Ansatzentendinopathie des M. biceps brachii rechts an der Tuberositas radii vor. Ansonsten sei kein pathologisch erhöhter Knochenumbau nachgewiesen. Mangels eines Korrelats in der Bildgebung für die klinisch beschriebene Beschwerdesymptomatik bestehe keine strukturelle Läsion, welche chirurgisch adressiert werden könnte. Auch die Infektparameter seien unauffällig. Man überweise den Beschwerdeführer an das Schmerzzentrum im Universitätsspital K.____. 3.1.8 Prof. Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____, Senior

Consultant resp. Assistenzarzt Handchirurgie an der Universitätsklinik I.____, 9. August 2021 (IV-Nr. 34.14 S. 2 f.): Ein anatomisches Korrelat für die Schmerzproblematik fehle, weshalb keine chirurgische Interventionsindikation bestehe. Als einzige diagnostische Untersuchung, wäre noch ein MRI im Bereich der Verletzungsstelle zu evaluieren. Die Faustschlusskraft liege links bei 45 kg und rechts bei 20 kg. 3.1.9 Dr. med. N.____, Oberarzt am Schmerzambulatorium des Universitätsspitals K.____, 6. Oktober 2021 (IV-Nr. 59 S. 11 f.): Der Beschwerdeführer berichte weiter über chronische Schmerzen im rechten Bereich der Halswirbelsäule (HWS) sowie dorsoradial des Unterarmes bis zu den ersten zwei Fingern der rechten Hand mit begleitenden episodischen Taubheitsgefühlen, ausserdem über starke Kopfschmerzen. Bei der MRI-Untersuchung der HWS vom 21. Juli 2021 hätten sich keine pathologischen Veränderungen ergeben. Die Triggerpunktinfiltration habe keine wesentliche Schmerzlinderung bewirkt. Die Behandlung bei ihnen sei abgeschlossen. 3.1.10 Dr. med. O.____, Fachärztin für Chirurgie und Praktische Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (fortan: RAD), 12. November 2021 (IV-Nr. 27 S. 2 ff.): Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden Schmerzen im rechten Vorderarm. Nach Aktenlage hätten sich bis auf die zeitgerecht abgeheilte Wunde der Initialverletzung im gesamten klinischen Verlauf keine weiteren Anhaltspunkte für strukturelle Läsionen gezeigt. Weder das MRI vom 26. Februar 2021 noch das Röntgenbild vom 19. Januar 2021 würden Pathologien wie posttraumatische Veränderungen beschreiben oder Fremdkörper nachweisen. Ausserdem hätten auch alle elektrophysiologischen Untersuchungen Normalbefunde ergeben. Funktionelle Einschränkungen fehlten. Die Arbeitsfähigkeit lasse sich noch nicht abschliessend beurteilen, wobei den Schulterschmerzen aber keine Bedeutung zukomme. Die RAD-Ärztin verwies in ihrer Stellungnahme ausdrücklich auf die Berichte der Dres. D.____ und G.____ (E. II. 3.1.4 + 3.1.5 hiervor). Sie hob namentlich hervor, dass eine symmetrische Kraft und Trophik für einen uneingeschränkten Gebrauch des rechten Armes resp. der rechten Hand spreche und keine Sensibilitätsstörungen objektiviert worden seien. 3.1.11 Med. pract. J.____, 20. November 2021 (IV-Nr. 31): Der Gesundheitszustand sei bei unveränderten Diagnosen eher schlimmer geworden. Der Beschwerdeführer klagte immer noch über unklare Schmerzen im rechten Vorderarm sowie chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen. Dies wurde im Bericht vom 23. April 2022 (IV-Nr. 72.4 S. 29 ff.) bestätigt, verbunden mit dem Hinweis, der Beschwerdeführer befinde sich in einer Schmerztherapie. 3.1.12 Dr. med. N.____, 13. Dezember 2021 (IV-Nr. 32): Der Beschwerdeführer leide unter chronischen Schmerzen im rechten Unterarm dorsoradial bis zu den ersten zwei Fingern. Es lasse sich keine Atrophie erkennen. Nicht nur an der rechten Hand, sondern auch an der rechten Seite der HWS bestehe eine Druckdolenz. Die chronischen sekundären muskuloskelettalen Schmerzen würden sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wozu jedoch nähere Angaben fehlten. 3.1.13 Dr. med. G.____, Universitätsklinik I.____, 18. Januar 2022 (IV-Nr. 36 S. 6 ff.): Die bisherigen Massnahmen wie Physio- und Ergotherapie hätten zu keiner Besserung geführt. Die Behandlung bei ihnen sei abgeschlossen. Angesichts der unklaren Schmerzgenese erfolge eine rein symptomatische Therapie im Universitätsspital K.____. Die körperlich belastende, repetitive Tätigkeit als Bauarbeiter sei bei Schmerzen im rechten Unterarm nicht mehr möglich. In Frage kämen nur noch körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Last von max. 5 kg bei repetitiver Belastung. Theoretisch sei eine dem Leiden angepasste Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar. 3.1.14 Dr. med. P.____ und Dr. med. Q.____, Oberarzt resp. Assistenzarzt an der Klinik für Rheumatologie am Universitätsspital K.____, 12. Januar und 7. April 2022 (IV-Nr. 58.19 S.

2 ff. und Beschwerdebeilage / BB-Nr. 3): Der Beschwerdeführer leide unter chronischen sekundären muskuloskelettalen Schmerzen unklarer Genese am rechten Vorderarm mit Symptomausweitung bis zu Schulter und Nacken sowie zum Handgelenk. Aktuell bestehe ein komplexes myofasziales Schmerzsyndrom mit Verdacht auf eine chronische Insertionstendinopathie der distalen Bicepssehne mit peripherer und beginnender zentraler Sensibilisierung. Eine Nervenläsion im Bereich des rechten Ellbogens lasse sich nicht belegen. Dieser weise gemäss Sonographie minimale tendinopathische Veränderungen im Bereich der gemeinsamen Ansatzsehne der Handgelenksexensoren am Epicondylus lateralis sowie in der Insertion der distalen Bicepssehne an der Tuberositas radii auf. Beim Verlauf des N. radialis zeige sich eine spindelförmige Verdickung beim Eintritt in den Supinatorkanal mit hypoechogener Nervenstruktur, welche sich aber in der MR-Neurographie vom 4. April 2022 nicht bestätige. Die MR-Untersuchung der beiden Hände vom 1. Februar 2022 wiederum ergebe keine Hinweise für entzündliche Läsionen. Am 20. Juli 2022 erfolgte wegen der Brachialgie eine Infiltration im Bereich des N. radialis rechts, welche erfolglos blieb. Daraufhin wurde am 23. August 2022 eine Infiltration der Insertion der distalen Bicepssehne an der Tuberositas radii von dorsal vorgenommen (BB-Nr. 4 f.).

3.1.15 Dr. med. O.____, RAD, 27. September 2022 (IV-Nr. 60): Bei der Hypästhesie, welche Dr. med. D.____ festgestellt habe (E. II. 3.1.1 + 3.1.4 hiervor), handle es sich nicht um objektiv nachweisbare Befunde, sondern um subjektive Angaben des Beschwerdeführers. Hinzu komme, dass in der Universitätsklinik I.____ am 5. Mai 2021 keine Hyposensibilität oder Dysästhesien bemerkt worden seien (E. II. 3.1.5 hiervor). Auch die Testung der Faustschlusskraft rechts mit nur 20 kg (E. II. 3.1.8 hiervor) habe der Beschwerdeführer subjektiv beeinflussen können. Dem regelmässigen immerwährenden Umbau der Knochenstruktur sei zu eigen, die durch alltägliche Bewegungen und Beanspruchungen entstehenden «Strukturschäden» zu reparieren und dabei zugleich die Mikroarchitektur der Beanspruchung anzupassen, wodurch temporär auch ein erhöhter Knochenumbau ohne pathologische Relevanz resultieren könne. Die lokal komplikationslos abgeheilte Verletzung vom 3. August 2020 sei spätestens nach dreimonatiger Rekonvaleszenz, bei erhaltener Muskeltrophik ohne Verlust von Muskelsubstanz trotz angegebener Schonung, nicht geeignet, eine längere Arbeitsunfähigkeit, zumindest in einer angepassten Tätigkeit, zu begründen. Deshalb sei dem Beschwerdeführer eine solche Tätigkeit ab November 2020 bereits wieder zumutbar gewesen.

3.1.16 Dr. med. R.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, 30. September 2022 (IV-Nr. 61 S. 2 f.): Der Beschwerdeführer leide unter einer chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelschwer (ICD-10 F32.2), und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4). In den durchgeführten Gesprächen zeige sich ein leidender, sehr besorgter und affektabgeflachter Patient, der sich seiner Krankheit ausgeliefert fühle. Konzentration, Auffassung und Gedächtnis seien subjektiv und objektiv vermindert. Das Durchhaltevermögen präsentiere sich aufgrund der Antriebsminderung herabgesetzt, mit zunehmend Ermüdungserscheinungen im Zeitverlauf. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer verlangsamt und deutlich eingeengt auf die depressionsbedingten Defizite und die Schmerzsymptomatik. Inhaltlich ergäben sich keine Anhaltspunkte für Wahnerleben, Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Es lägen affektive Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Affektarmut und Insuffizienzgefühle vor, bei Beeinträchtigung der vitalen Gefühle und psychomotorischer Unruhe. Zudem bestehe ein Interesseverlust und eine verminderte Stressresistenz. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich herabgesetzt. Fremdgefährdung und Suizidabsichten würden verneint. Bis vor

zwei Jahren seien keine psychischen Krankheiten festgestellt worden. Es sei davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden unter der hohen Belastung im Jahre 2022 aufgetreten seien. Rückwirkend sei es zu einer Chronifizierung der klinischen Symptomatik aufgrund fehlender Besserung trotz therapeutischer Massnahmen gekommen, sodass von einer ungünstigen Prognose ausgegangen werden müsse. Nebst der Schmerzsymptomatik habe sich eine chronifizierte depressive Erkrankung mit ausgeprägten Insuffizienzgefühlen und Selbstzweifeln bezüglich der eigenen Fähigkeiten entwickelt. Die psychische Belastbarkeit scheine deutlich herabgesetzt, die Adaptationsfähigkeit und das Durchhaltevermögen, die Fertigkeit zur Strukturierung neuer Aufgaben sowie die soziale Anpassungsfähigkeit seien eingeschränkt. Anhand der Vorgeschichte und der Befunde ergebe sich aufgrund der geschilderten und objektiv nachgewiesenen depressiven Symptome eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Als leistungsmindernde Faktoren seien eine ausgeprägte Antriebsstörung, verminderte Stresstoleranz, mangelnde Adaptations- und Umstellungsfähigkeit sowie kognitive Beeinträchtigungen mit Konzentrationsminderung und Vergesslichkeit zu erwähnen. Daraus resultiere eine rasche Erschöpfbarkeit bei minimaler Belastung und fehlendem Durchhaltevermögen, also eine Belastungsintoleranz.

3.1.17 Dr. med. O.____, RAD, 11. November 2022 (IV-Nr. 64): Keinem medizinischen Bericht habe sich zuvor jemals eine depressive Symptomatik entnehmen lassen, weshalb die Diagnose einer chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung nicht nachvollziehbar sei. Die neu behandelnde Ärztin Dr. med. R.____ erkläre in ihrem Erstbericht, bis vor zwei Jahren seien keine psychischen Krankheiten festgestellt worden. Dem sei hinzuzufügen, dass vor der Untersuchung durch Dr. med. R.____ bis auf das chronische Schmerzerleben niemand psychische Krankheiten erwähnt habe. Der Beschwerdeführer habe die Psychiaterin am 19. August und 6. September 2022 konsultiert, woraus sich schwerlich eine Chronifizierung ableiten lasse. Eine erstmalige bis mittelgradige depressive Episode sei gut behandelbar und nicht als invalidisierendes Leiden anzusehen. Med. pract. J.____ nenne am 24. April 2022 die hausärztliche Betreuung mit Schmerztherapie, die Physiotherapie und die Schmerztherapie im Universitätsspital K.____, aber keine Psychotherapie. Selbst im Einwand gegen den Vorbescheid werde nirgends von einer bestehenden und beeinträchtigenden psychischen Problematik gesprochen. Am 4. November 2022 habe sich der RAD bei med. pract. J.____ nach dem Zeitpunkt der Überweisung an die Psychiaterin erkundigt. Der Hausarzt habe dies seinen Akten nicht entnehmen können und angeboten, nach entsprechender Recherche zurückzurufen, was aber bislang nicht geschehen sei.

3.1.18 Am 21. November 2022 erlitt der Beschwerdeführer einen weiteren Unfall indem er auf einer Treppe ausrutschte, sich den rechten Mittelfuss verdrehte resp. verstauchte sowie sich an Kopf, Schulter und Hüfte prellte (BB-Nr. 6). Das vom Beschwerdeführer dazu eingereichte Arztzeugnis (BB-Nr. 7) ist praktisch unleserlich.

3.1.19 Prof. Dr. med. S.____, Facharzt für Radiologie FMH, 21. Januar 2023 (BB-Nr. 8): Gemäss der MRI-Untersuchung vom nämlichen Tag weise der Beschwerdeführer eine kleine Diskusprotrusion C6/7 recht mit Kontakt der Wurzel C7 rechts auf.

E. 3

August 2020 durch einen 9 cm langen Nagel am rechten Unterarm eine Stichverletzung erlitten hatte (IV-Nr. 5.73), ergingen die folgenden relevanten Berichte:

3.1.1 Dr. med. D.____, stellvertretende Chefärztin Neurologie am Kantonsspital [...], 7. Oktober 2020 (IV-Nr. 5.41 S. 2 ff.): Der Beschwerdeführer leide klinisch unter Schmerzen über dem M. brachioradialis rechts sowie im rechten Ellbogen- und

Handgelenk. Im lateralen Vorderarm rechts sowie vereinzelt auch über den Fingerkuppen des Digitus II und III rechts zeige sich eine Hypästhesie. Ausserdem sei der Phalantest positiv. Weitere Defizite liessen sich nicht erheben, insbesondere imponierten Kraft und Trophik der Vorderarme als symmetrisch. Die Neurographien des N. medianus, N. ulnaris rechts sowie N. cutaneus antebrachii lateralis vom 7. und 8. Oktober 2020 seien normal ausgefallen. Differentialdiagnostisch seien die Beschwerden teilweise posttraumatisch bedingt nach Nagelstichverletzung. Weiter sei an ein Karpaltunnelsyndrom und eine Neuropathie des N. cutaneus antebrachii lateralis zu denken. Im angestammten Beruf bestehe vorerst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2 Dr. med. E.____, Facharzt für Radiologie und Neuroradiologie FMH, 19. Januar 2021 (IV-Nr. 5.18 S. 1): Die Röntgenuntersuchung ergebe unauffällige knöcherner Strukturen. Es würden weder Fremdkörper noch eine Weichteilpathologie nachgewiesen.

3.1.3 Dr. med. F.____, Oberarzt Radiologie am Kantonsspital [...], 26. Februar 2021 (IV-Nr. 16.24): Der rechte Ellenbogen stelle sich in der MRI unauffällig dar, ohne narbige Veränderungen, Weichteilverletzungen oder Fremdkörper.

3.1.4 Dr. med. D.____, 8. März 2021 (IV-Nr. 16.21): Der Beschwerdeführer berichte von Schmerzen im gesamten rechten Arm sowie teilweise sehr schmerzhaften variablen Parästhesien und Dysästhesien. Die klinische Untersuchung zeige eine Hypästhesie im gesamten Unterarm sowie eine schmerzbedingt eingeschränkte Möglichkeit, die Kraft zu prüfen, aber keine Atrophien. Die neuen elektrophysiologischen Untersuchungen vom 3. März 2021 ergäben keine pathologischen Befunde des N. medianus, N. ulnaris rechts, N. cutaneus antebrachii lateralis sowie R. superficialis N. radialis. Die Beschwerden seien mit einer chronifizierten Brachialgie vereinbar. Ätiologisch könne als Ausgangspunkt eine mögliche Irritation des Ramus cutaneus antebrachii lateralis postuliert werden mit anfänglich neuropathisch anmutenden Beschwerden. Aktuell zeige sich sowohl eine Chronifizierung der Beschwerden als auch eine Symptomausweitung, die sich keinem peripheren Nerv zuordnen lasse. Vorderhand bestehe keine Arbeitsfähigkeit.

3.1.5 Dr. med. G.____, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. H.____, Universitätsklinik I.____, 6. Mai 2021 (IV-Nr. 20 S. 2 f.): Die eigentliche Nageleinstichstelle sei gut verheilt. Über der brachioradialen Muskulatur des rechten Ellbogens zeige sich eine diffuse Druckdolenz. Der Ellbogen sei aktiv und passiv ohne Schmerzangabe frei beweglich. Eine Hyposensibilität oder Dysästhesien liessen sich nicht objektivieren. Für eine Epicondylitis lateralis gebe es keine Anzeichen. Die Röntgenuntersuchung des rechten Ellbogens am 5. Mai 2021 habe unauffällige Stellungsverhältnisse und erhaltene Artikulationen ohne abgrenzbare Fraktur ergeben, lasse aber keine Einschätzung des Weichteilschadens zu. Es bestehe eine unklare Situation bei persistierenden Schmerzen im Bereich des Unterarms mit Ausbreitung distal und proximal sowie Symptomausweitung nach doch relativ schwerer Verletzung im August 2020. Klinisch fehle ein klares strukturelles Korrelat für die beschriebenen Beschwerden. Denkbar seien ein Infekt, eine persistierende Entzündung nach der Verletzung oder auch ein CRPS. Trotz der stetigen Verbesserung unter Physio- und Ergotherapie könne der Beschwerdeführer nach wie vor nicht in seine angestammte Tätigkeit auf dem Bau zurückkehren.

3.1.6 Med. pract. J.____, 8. Mai 2021 (IV-Nr. 20 S. 5 ff.): Der Beschwerdeführer leide auch an Schmerzen an der rechten Schulter, d.h. Bewegungen seien möglich, aber schmerzhaft. Angaben zur Arbeitsfähigkeit könne er keine machen.

3.1.7 Dres. G.____ und H.____, Universitätsklinik I.____, 10. Juni 2021 (IV-Nr. 34.19): Subjektiv sei die Situation unverändert. Im SPECT vom 25. Mai 2021 lasse sich kein CRPS nachweisen. Es lägen ein leicht vermehrter Knochenumbau im SC-Gelenk rechts und glenohumeral rechts, differentialdiagnostisch degenerativ, sowie geringe Zeichen einer Ansatzdininopathie des M. biceps brachii rechts an der Tuberositas radii vor. Ansonsten sei kein pathologisch erhöhter Knochenumbau nachgewiesen. Mangels eines Korrelats in der Bildgebung für die klinisch beschriebene Beschwerdesymptomatik bestehe keine strukturelle Läsion, welche chirurgisch adressiert werden könnte. Auch die Infektparameter seien unauffällig. Man überweise den Beschwerdeführer an das Schmerzzentrum im Universitätsspital K.____.

3.1.8 Prof. Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____, Senior Consultant resp. Assistenzarzt Handchirurgie an der Universitätsklinik I.____, 9. August 2021 (IV-Nr. 34.14 S. 2 f.): Ein anatomisches Korrelat für die Schmerzproblematik fehle, weshalb keine chirurgische Interventionsindikation bestehe. Als einzige diagnostische Untersuchung, wäre noch ein MRI im Bereich der Verletzungsstelle zu evaluieren. Die Faustschlusskraft liege links bei 45 kg und rechts bei 20 kg.

3.1.9 Dr. med. N.____, Oberarzt am Schmerzambulatorium des Universitätsspitals K.____, 6. Oktober 2021 (IV-Nr. 59 S. 11 f.): Der Beschwerdeführer berichte weiter über chronische Schmerzen im rechten Bereich der Halswirbelsäule (HWS) sowie dorsoradial des Unterarmes bis zu den ersten zwei Fingern der rechten Hand mit begleitenden episodischen Taubheitsgefühlen, ausserdem über starke Kopfschmerzen. Bei der MRI-Untersuchung der HWS vom 21. Juli 2021 hätten sich keine pathologischen Veränderungen ergeben. Die Triggerpunktinfiltration habe keine wesentliche Schmerzlinderung bewirkt. Die Behandlung bei ihnen sei abgeschlossen.

3.1.10 Dr. med. O.____, Fachärztin für Chirurgie und Praktische Ärztin beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (fortan: RAD), 12. November 2021 (IV-Nr. 27 S. 2 ff.): Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden Schmerzen im rechten Vorderarm. Nach Aktenlage hätten sich bis auf die zeitgerecht abgeheilte Wunde der Initialverletzung im gesamten klinischen Verlauf keine weiteren Anhaltspunkte für strukturelle Läsionen gezeigt. Weder das MRI vom 26. Februar 2021 noch das Röntgenbild vom 19. Januar 2021 würden Pathologien wie posttraumatische Veränderungen beschreiben oder Fremdkörper nachweisen. Ausserdem hätten auch alle elektrophysiologischen Untersuchungen Normalbefunde ergeben. Funktionelle Einschränkungen fehlten. Die Arbeitsfähigkeit lasse sich noch nicht abschliessend beurteilen, wobei den Schulterschmerzen aber keine Bedeutung zukomme. Die RAD-Ärztin verwies in ihrer Stellungnahme ausdrücklich auf die Berichte der Dres. D.____ und G.____ (E. II. 3.1.4 + 3.1.5 hiervoor). Sie hob namentlich hervor, dass eine symmetrische Kraft und Trophik für einen uneingeschränkten Gebrauch des rechten Armes resp. der rechten Hand spreche und keine Sensibilitätsstörungen objektiviert worden seien.

3.1.11 Med. pract. J.____, 20. November 2021 (IV-Nr. 31): Der Gesundheitszustand sei bei unveränderten Diagnosen eher schlimmer geworden. Der Beschwerdeführer klage immer noch über unklare Schmerzen im rechten Vorderarm sowie chronische sekundäre muskuloskelettale Schmerzen. Dies wurde im Bericht vom 23. April 2022 (IV-Nr. 72.4 S. 29 ff.) bestätigt, verbunden mit dem Hinweis, der Beschwerdeführer befinde sich in einer Schmerztherapie.

3.1.12 Dr. med. N.____, 13. Dezember 2021 (IV-Nr. 32): Der Beschwerdeführer leide unter chronischen Schmerzen im rechten Unterarm dorsoradial bis zu den ersten zwei Fingern. Es lasse sich keine Atrophie erkennen. Nicht nur an der rechten Hand, sondern auch an der rechten Seite der HWS bestehe eine Druckdolenz. Die chronischen sekundären muskuloskelettalen Schmerzen würden sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wozu jedoch nähere Angaben fehlten.

3.1.13 Dr. med. G.____, Universitätsklinik I.____, 18. Januar 2022 (IV-Nr. 36 S. 6 ff.): Die bisherigen Massnahmen wie Physio- und Ergotherapie hätten zu keiner Besserung geführt. Die Behandlung bei ihnen sei abgeschlossen. Angesichts der unklaren Schmerzgenese erfolge eine rein symptomatische Therapie im Universitätsspital K.____. Die körperlich belastende, repetitive Tätigkeit als Bauarbeiter sei bei Schmerzen im rechten Unterarm nicht mehr möglich. In Frage kämen nur noch körperlich leichte Tätigkeiten mit einer Last von max. 5 kg bei repetitiver Belastung. Theoretisch sei eine dem Leiden angepasste Tätigkeit uneingeschränkt zumutbar.

3.1.14 Dr. med. P.____ und Dr. med. Q.____, Oberarzt resp. Assistenzarzt an der Klinik für Rheumatologie am Universitätsspital K.____, 12. Januar und 7. April 2022 (IV-Nr. 58.19 S. 2 ff. und Beschwerdebeilage / BB-Nr. 3): Der Beschwerdeführer leide unter chronischen sekundären muskuloskelettalen Schmerzen unklarer Genese am rechten Vorderarm mit Symptomausweitung bis zu Schulter und Nacken sowie zum Handgelenk. Aktuell bestehe ein komplexes myofasziales Schmerzsyndrom mit Verdacht auf eine chronische Insertionstendinopathie der distalen Bicepssehne mit peripherer und beginnender zentraler Sensibilisierung. Eine Nervenläsion im Bereich des rechten Ellbogens lasse sich nicht belegen. Dieser weise gemäss Sonographie minimale tendinopathische Veränderungen im Bereich der gemeinsamen Ansatzsehne der Handgelenksexensoren am Epicondylus lateralis sowie in der Insertion der distalen Bicepssehne an der Tuberositas radii auf. Beim Verlauf des N. radialis zeige sich eine spindelförmige Verdickung beim Eintritt in den Supinatorkanal mit hypoechogener Nervenstruktur, welche sich aber in der MR-Neurographie vom 4. April 2022 nicht bestätige. Die MR-Untersuchung der beiden Hände vom 1. Februar 2022 wiederum ergebe keine Hinweise für entzündliche Läsionen. Am 20. Juli 2022 erfolgte wegen der Brachialgie eine Infiltration im Bereich des N. radialis rechts, welche erfolglos blieb. Daraufhin wurde am 23. August 2022 eine Infiltration der Insertion der distalen Bicepssehnen an der Tuberositas radii von dorsal vorgenommen (BB-Nr. 4 f.).

3.1.15 Dr. med. O.____, RAD, 27. September 2022 (IV-Nr. 60): Bei der Hypästhesie, welche Dr. med. D.____ festgestellt habe (E. II. 3.1.1 + 3.1.4 hiervor), handle es sich nicht um objektiv nachweisbare Befunde, sondern um subjektive Angaben des Beschwerdeführers. Hinzu komme, dass in der Universitätsklinik I.____ am 5. Mai 2021 keine Hyposensibilität oder Dysästhesien bemerkt worden seien (E. II. 3.1.5 hiervor). Auch die Testung der Faustschlusskraft rechts mit nur 20 kg (E. II. 3.1.8 hiervor) habe der Beschwerdeführer subjektiv beeinflussen können. Dem regelmässigen immerwährenden Umbau der Knochenstruktur sei zu eigen, die durch alltägliche Bewegungen und Beanspruchungen entstehenden «Strukturschäden» zu reparieren und dabei zugleich die Mikroarchitektur der Beanspruchung anzupassen, wodurch temporär auch ein erhöhter Knochenumbau ohne pathologische Relevanz resultieren könne. Die lokal komplikationslos abgeheilte Verletzung vom 3. August 2020 sei spätestens nach dreimonatiger Rekonvaleszenz, bei erhaltener Muskelatrophik ohne Verlust von Muskelsubstanz trotz

angegebener Schonung, nicht geeignet, eine längere Arbeitsunfähigkeit, zumindest in einer angepassten Tätigkeit, zu begründen. Deshalb sei dem Beschwerdeführer eine solche Tätigkeit ab November 2020 bereits wieder zumutbar gewesen.

3.1.16 Dr. med. R.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, 30. September 2022 (IV-Nr. 61 S. 2 f.): Der Beschwerdeführer leide unter einer chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelschwer (ICD-10 F32.2), und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4). In den durchgeführten Gesprächen zeige sich ein leidender, sehr besorgter und affektabgeflachter Patient, der sich seiner Krankheit ausgeliefert fühle. Konzentration, Auffassung und Gedächtnis seien subjektiv und objektiv vermindert. Das Durchhaltevermögen präsentiere sich aufgrund der Antriebsminderung herabgesetzt, mit zunehmend Ermüdungserscheinungen im Zeitverlauf. Im formalen Denken sei der Beschwerdeführer verlangsamt und deutlich eingengt auf die depressionsbedingten Defizite und die Schmerzsymptomatik. Inhaltlich ergäben sich keine Anhaltspunkte für Wahnerleben, Zwänge, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Es lägen affektive Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Affektarmut und Insuffizienzgefühle vor, bei Beeinträchtigung der vitalen Gefühle und psychomotorischer Unruhe. Zudem bestehe ein Interesseverlust und eine verminderte Stressresistenz. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich herabgesetzt. Fremdgefährdung und Suizidabsichten würden verneint. Bis vor zwei Jahren seien keine psychischen Krankheiten festgestellt worden. Es sei davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden unter der hohen Belastung im Jahre 2022 aufgetreten seien. Rückwirkend sei es zu einer Chronifizierung der klinischen Symptomatik aufgrund fehlender Besserung trotz therapeutischer Massnahmen gekommen, sodass von einer ungünstigen Prognose ausgegangen werden müsse. Nebst der Schmerzsymptomatik habe sich eine chronifizierte depressive Erkrankung mit ausgeprägten Insuffizienzgefühlen und Selbstzweifeln bezüglich der eigenen Fähigkeiten entwickelt. Die psychische Belastbarkeit scheine deutlich herabgesetzt, die Adaptationsfähigkeit und das Durchhaltevermögen, die Fertigkeit zur Strukturierung neuer Aufgaben sowie die soziale Anpassungsfähigkeit seien eingeschränkt. Anhand der Vorgeschichte und der Befunde ergebe sich aufgrund der geschilderten und objektiv nachgewiesenen depressiven Symptome eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Als leistungsmindernde Faktoren seien eine ausgeprägte Antriebsstörung, verminderte Stresstoleranz, mangelnde Adaptations- und Umstellungsfähigkeit sowie kognitive Beeinträchtigungen mit Konzentrationsminderung und Vergesslichkeit zu erwähnen. Daraus resultiere eine rasche Erschöpfbarkeit bei minimaler Belastung und fehlendem Durchhaltevermögen, also eine Belastungstoleranz.

3.1.17 Dr. med. O.____, RAD, 11. November 2022 (IV-Nr. 64): Keinem medizinischen Bericht habe sich zuvor jemals eine depressive Symptomatik entnehmen lassen, weshalb die Diagnose einer chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung nicht nachvollziehbar sei. Die neu behandelnde Ärztin Dr. med. R.____ erkläre in ihrem Erstbericht, bis vor zwei Jahren seien keine psychischen Krankheiten festgestellt worden. Dem sei hinzuzufügen, dass vor der Untersuchung durch Dr. med. R.____ bis auf das chronische Schmerzerleben niemand psychische Krankheiten erwähnt habe. Der Beschwerdeführer habe die Psychiaterin am 19. August und 6. September 2022 konsultiert, woraus sich schwerlich eine Chronifizierung ableiten lasse. Eine erstmalige bis mittelgradige depressive Episode sei gut behandelbar und nicht als invalidisierendes Leiden anzusehen. Med. pract. J.____ nenne am 24. April 2022 die hausärztliche Betreuung mit Schmerztherapie, die Physiotherapie und die Schmerztherapie im Universitätsspital K.____,

aber keine Psychotherapie. Selbst im Einwand gegen den Vorbescheid werde nirgends von einer bestehenden und beeinträchtigenden psychischen Problematik gesprochen. Am 4. November 2022 habe sich der RAD bei med. pract. J.____ nach dem Zeitpunkt der Überweisung an die Psychiaterin erkundigt. Der Hausarzt habe dies seinen Akten nicht entnehmen können und angeboten, nach entsprechender Recherche zurückzurufen, was aber bislang nicht geschehen sei.

3.1.18 Am 21. November 2022 erlitt der Beschwerdeführer einen weiteren Unfall indem er auf einer Treppe ausrutschte, sich den rechten Mittelfuss verdrehte resp. verstauchte sowie sich an Kopf, Schulter und Hüfte prellte (BB-Nr. 6). Das vom Beschwerdeführer dazu eingereichte Arzteugnis (BB-Nr. 7) ist praktisch unleserlich.

3.1.19 Prof. Dr. med. S.____, Facharzt für Radiologie FMH, 21. Januar 2023 (BB-Nr. 8): Gemäss der MRI-Untersuchung vom nämlichen Tag weise der Beschwerdeführer eine kleine Diskusprotrusion C6/7 recht mit Kontakt der Wurzel C7 rechts auf.

E. 3.2

3.2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf die drei Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. O.____ (E. II. 3.1.10 / 3.1.15 / 3.1.17 hiervor), als sie einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinte. Sie hielt dafür, in der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau habe spätestens ab Juni 2021 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden, während dies in einer Verweistätigkeit sogar bereits seit November 2020 der Fall gewesen sei. Damit fehle es nach dem Unfall vom 3. August 2020 an einer Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres, so dass kein Rentenanspruch entstanden sei (A.S. 1 f.).

3.2.2 Die RAD-Ärztin untersuchte den Beschwerdeführer nicht selber, bevor sie zu dessen Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit Stellung nahm. Eine solche reine Aktenbeurteilung ist hier in somatischer Hinsicht zulässig. Die behandelnden Ärzte haben den Beschwerdeführer umfassend klinisch, bildgebend, neurographisch und labortechnisch untersucht, womit ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die Würdigung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (Urteil des Bundesgerichts 9C_730/2018 vom 27. März 2019 E. 5.1.3).

3.2.2.1 Der Beschwerdeführer rügt einmal, die RAD-Ärztin habe die Auffassung der Neurologin Dr. med. D.____, welche einen Nervenschaden als Ursache der Beschwerden bejahe und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiere, zu Unrecht verworfen (A.S. 15 f.). Dr. med. D.____ erwähnte zwar in der Tat, es sei an eine Neuropathie zu denken resp. eine mögliche Irritation zu postulieren, doch handelte es sich dabei nicht um einen gesicherten Befund, sondern um eine blosser Hypothese, welche dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht genügt. Einer Nervenläsion als Ursache der geklagten Schmerzen und Sensibilitätsstörungen steht entgegen, dass die elektrophysiologischen Untersuchungen im Oktober 2020 und März 2021 sowie die MRI-Neurographie im April 2022 pathologisch unauffällig blieben (E. II. 3.1.1 / 3.1.4 / 3.1.14 hiervor). Dr. med. D.____ räumte denn auch selber ein, dass sich die beobachtete Symptomausweitung mit keinem peripheren Nerv in Verbindung bringen lasse (E. II. 3.1.4 hiervor). In der SPECT-Untersuchung wiederum fanden sich keine Anhaltspunkte für das vermutete CRPS (E. II. 3.1.7 hiervor). Weichteilverletzungen oder Fremdkörper, aus denen sich allenfalls etwas ableiten liesse, wurden radiologisch ausgeschlossen (E. II. 3.1.2 f.). Soweit sich der Beschwerdeführer auf eine Muskelatrophie am rechten Arm beruft, ist dies

aktenwidrig, verneinen doch sowohl Dr. med. D.____ als auch Dr. med. N.____ eine solche Atrophie (E. II. 3.1.1 + 3.1.12 hiervor). Ist aber die Trophik an beiden Vorderarmen symmetrisch, so spricht dies gegen eine schmerzbedingte Schonung des rechten Arms und damit auch gegen eine relevante Einschränkung beim Gebrauch (Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2014 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2).

Folglich fehlt es neurologisch gesehen an objektivierbaren organischen Schäden, welche als Ursache der geklagten Beschwerden gelten können, und damit auch an einer anhaltenden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

3.2.2.2 In rheumatologisch-orthopädischer Hinsicht lässt sich am rechten Ellbogen kein bildmorphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden in Form struktureller Läsionen etc. nachweisen (E. II. 3.1.2 f. / 3.1.5 / 3.1.7 hiervor), und auch eine infektiös-entzündliche Genese konnte mittels Laboruntersuchung ausgeschlossen werden (E. II. 3.1.7 hiervor). Ausserdem deutet die symmetrische Trophik der Vorderarme, wie bereits erläutert (E. II. 3.2.2.1 hiervor), darauf hin, dass keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen vorliegen. Richtig ist, dass die Dres. P.____ und Q.____ am Ellbogen eine Insertionstendinopathie feststellen konnten, doch handelt es sich ausdrücklich nur um eine leichte Tendinopathie resp. minimale tendinopathische Veränderungen (E. II. 3.1.14 hiervor), denen kein relevanter Einfluss beigemessen werden kann (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_672/2022 vom 3. Juli 2023 E. 4.3.2.1 in fine, wo eine «diskrete Ansatz-tendinopathie» bestand). Was den leicht vermehrten Knochenumbau betrifft (E. II. 3.1.7 hiervor), so erklärte die RAD-Ärztin plausibel, warum sie diesen nicht als pathologisch, sondern als normalen Vorgang wertete (s. E. II. 3.1.15 hiervor).

Im Hinblick auf die geklagten Schulter- und Nackenbeschwerden gingen die Dres. P.____ und Q.____ von einer myofaszialen Problematik aus. Dabei handelt es sich indes um kein organisch objektiv ausgewiesenes Leiden (Urteil des Bundesgerichts 8C_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 5.2.2). Die beiden Ärzte verstanden diese Symptomatik denn auch nicht als eigenständigen somatischen Gesundheitsschaden, sondern als Ausweitung der unklaren Schmerzen am rechten Arm (E. II. 3.1.14 hiervor). Dies korrespondiert mit dem damals unauffälligen MRI der HWS (E. II. 3.1.9 hiervor), der beidseits normalen Trophik der Schultermuskulatur sowie dem uneingeschränkten Bewegungsumfang von Schulter und HWS (E. II. 3.1.14 hiervor). Angesichts dessen bestand bis zur angefochtenen Verfügung kein Anlass, in Bezug auf Nacken und Schulter weitere Abklärungen vorzunehmen; Veränderungen an der HWS fanden sich erstmals im MRI vom 21. Januar 2023 (E. II. 3.1.19 hiervor), welches nach dem Stichtag des 23. Novembers 2022 angefertigt wurde. Hinsichtlich der Hände trifft es zwar zu, dass das MRI vom 1. Februar 2022 beginnende resp. mässige degenerative Abnützungen ergab (IV-Nr. 72.4 S. 22). Die Dres. P.____ und Q.____ erkannten indes ■ in Einklang mit den Laborergebnissen ■ keine Hinweise für entzündliche Läsionen und massen den Abnützungserscheinungen keine Bedeutung bei. Dies verdient Zustimmung, denn eine Arbeitsunfähigkeit lässt sich nicht allein aus radiologisch nachgewiesenen degenerativen Veränderungen ableiten, vielmehr sind in erster Linie die klinischen Befunde massgebend (Urteil des Bundesgerichts 9C_512/2021 vom 1. Juli 2022 E. 6.2).

Somit fehlt es bis zur angefochtenen Verfügung auch am Bewegungsapparat an objektiven Befunden, welche eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen könnten. Was den neuen Unfall vom 21. November 2022 angeht, den der Beschwerdeführer gerade noch vor der Verfügung erlitt, so ist unklar, ob dieser längerfristige Auswirkungen zeitigte (E. II. 3.1.18

hiervor). Aber selbst wenn dies der Fall wäre, so hätte es bis zur Verfügung zwei Tage später keinen Einfluss auf das Wartejahr mehr gehabt.

3.2.2.3 Vor diesem Hintergrund ist festzuhalten, dass sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte auch keine geringen Zweifel an der somatischen Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. O.____ ergeben. Deren Auffassung, es habe nur eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bis zur Abheilung der Stichverletzung bestanden, genießt daher vollen Beweiswert. Wenn die RAD-Ärztin in der angestammten Arbeit spätestens ab Juni 2021 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit sah, so ist dies nicht zu beanstanden, hielten doch die Dres. G.____ und H.____ schon am 6. Mai 2021 fest, die Stichwunde sei gut verheilt (E. II. 3.1.5 hiervor). Die Arbeitsunfähigkeit endete daher bereits, bevor das ab 3. August 2020 laufende Wartejahr im August 2021 vollendet war, weshalb insoweit kein Rentenanspruch entstand (s. dazu E. II. 2.2.1 + 2.2.3.2 hiervor)

3.2.3 Was die psychische Seite angeht, so gab die behandelnde Psychiaterin Dr. med. R.____ im Bericht vom 30. September 2022 an, der Beschwerdeführer sei wegen einer ■ aktuell mittelschweren ■ chronifizierten rezidivierenden depressiven Störung in Verbindung mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gänzlich arbeitsunfähig (E. II. 3.1.16 hiervor). Dieser Bericht erging vor der angefochtenen Verfügung vom 23. November 2022 und enthielt einen Psychostatus, der in der Tat einschlägige depressive Symptome wie z.B. einen verminderten Antrieb, Insuffizienzgefühle oder eine reduzierte Schwingungsfähigkeit aufführte (s. dazu ICD-10 F32, DIMDI ■ ICD-10-GM Version 2020). Daraus kann der Beschwerdeführer aber nichts zu seinen Gunsten ableiten. Dr. med. R.____ hielt nämlich ausdrücklich fest, die psychischen Beschwerden seien im Jahr 2022 unter der damaligen hohen Belastung aufgetreten (E. II. 3.1.16 hiervor). Zwar wird nicht erläutert, worin diese Belastung bestand, woraus aber keineswegs geschlossen werden kann, dass die fraglichen Beschwerden bereits 2020 oder 2021 auftraten. Die Feststellung von Dr. med. R.____, die psychische Symptomatik habe sich 2022 manifestiert, erscheint als plausibel, korrespondiert sie doch damit, dass die Behandlung bei ihr unbestrittenermassen im August 2022 aufgenommen wurde (E. II. 3.1.17 hiervor). Dr. med. R.____ ist daher ohnehin erst ab diesem Zeitpunkt in der Lage, aus eigener Anschauung Angaben zum Beschwerdeführer zu machen. Für die zwei vorhergehenden Jahre, welche der Unfall zurückliegt, liegen keine echtzeitlichen psychiatrischen Berichte und damit auch keine einschlägigen Diagnosen wie z.B. eine depressive Störung vor. Weiter ist in den Akten zwischen August 2020 und August 2022 keine psychiatrische, d.h. psychotherapeutische und / oder psychopharmakologische Behandlung oder auch nur eine psychiatrische Untersuchung resp. Konsultation dokumentiert. Die fachfremden behandelnden Ärzte wiederum, einschliesslich des Hausarztes, sprachen nirgends, auch nicht vermutungsweise, von psychischen Erkrankungen des Beschwerdeführers. Dementsprechend wurde im fraglichen Zeitraum nie wegen eines psychischen Leidens eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (s. unter E. II. 3.1 hiervor). Es fehlt mit anderen Worten, auch wenn man den erwähnten Bericht von Dr. med. R.____ berücksichtigt, an konkreten Anhaltspunkten für eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vor 2022. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer seit seinem Unfall an Schmerzen litt, welche sich ab Mai 2021 nicht mehr organisch erklären liessen (s. E. II. 3.1.5 + 3.1.7 f. hiervor). Dies lässt zwar an die Möglichkeit einer Schmerzstörung denken, wie sie später von Dr. med. R.____ diagnostiziert wurde, doch bleibt es reine Spekulation, ob eine solche Störung schon vor 2022 bestand und die Arbeitsfähigkeit beeinflusste. Das Fehlen objektivierbarer

somatischer Befunde führt nicht automatisch zur Annahme, es liege eine abklärungsbedürftige psychische Störung vor (Urteil des Bundesgerichts 9C_398/2020 vom 24. September 2020 E. 2.3). Vielmehr ist auch hier entscheidend, dass vor August 2022 noch nicht einmal die Verdachtsdiagnose einer Schmerzstörung gestellt worden war und die eingeleitete (symptomatische) Schmerztherapie (s. E. II. 3.1.13 hiervor) nicht als psychiatrisch orientierte Behandlung gelten kann.

Vor diesem Hintergrund ist eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit vor dem Jahr 2022 gestützt auf die Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisbar. Einzig der Bericht von Dr. med. R. ___ enthält psychiatrische Diagnosen, welche aber ausdrücklich erst seit 2022 gelten sollen. Für zusätzliche Abklärungen und eine retrospektive Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes ab August 2020 besteht daher kein begründeter Anlass. Ist aber davon auszugehen, dass eine allfällige Arbeitsunfähigkeit frühestens 2022 eintrat, so war das Wartejahr am Stichtag der angefochtenen Verfügung vom 23. November 2022 auf jeden Fall noch nicht vollendet. Während des hier zu beurteilenden Zeitraums konnte somit von vornherein kein Rentenanspruch entstehen, dies unabhängig davon, ob die von Dr. med. R. ___ gestellten Diagnosen zutrafen oder nicht. Ob dem Beschwerdeführer wegen psychischer Erkrankungen eine Rente zusteht, muss vielmehr Gegenstand einer Neuanmeldung bei der Beschwerdegegnerin bilden.

3.3 Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

4. Bei diesem Verfahrensausgang steht dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1■000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bisIVG). Im vorliegenden Fall hat der unterlegene Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

3. Der Beschwerdeführer hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des

