

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00444 vom 13. März 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00444](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00444)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00444 du 13 mars 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00444 del 13 marzo 2025

## Erwägungen

### E. 1

Der 1996 geborene X.\_\_\_\_, ohne Ausbildung, arbeitete bis Ende Juni 2021 als Maler/Gipser bei Y.\_\_\_\_ in Z.\_\_\_\_ und meldete sich am 4. Oktober 2021 unter Hinweis auf eine seit November 2020 bestehende Multiple Sklerose (MS) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 4. Dezember 2023 (Urk. 6/63) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, wogegen dieser am 26. Januar 2024 Einwand (Urk. 6/79) erhob. Mit Verfügung vom 21. Juni 2024 (Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab.

#### E. 1.1

ff. ).

Beim Beschwerdeführer sei im Dezember 2020 eine schubförmige MS diagnostiziert worden, welche momentan akutenanamnestisch unter der Therapie mit Ocrevus gut kontrolliert er scheine. Seit der Geburt leide er episodisch an Kniebeschwerden, wobei im Jahr 2019 ein suprapatelläres Plicasyndrom nachgewiesen worden sei. Anfangs 2023 sei es zu belastungsabhängigen Fersenschmerzen links sowie zu einem lumbalen Schmerzsyndrom gekommen. Nach durchgeführter Physiotherapieserie habe sich bezüglich des lumbospondylogenen und myofaszialen Schmerzsyndroms in der Verlaufskontrolle vom August 2023 bereits eine gute Verbesserung gezeigt. Die Kniebeschwerden rechts würden nur nach längerem Laufen - vor allem bergab - schmerzhaft sein, ansonsten beständen keine entsprechenden Beschwerden. Betreffend die belastungsabhängigen Fersenschmerzen habe der Beschwerdeführer bislang noch keine Schuheinlagen organisiert (S. 1 f. Ziff. 2.1).

Aus rheumatologischer Sicht sei bei Arbeiten mit repetitiver Belastung des unteren Rückens sowie der Kniee eine erneute Schmerzexazerbation des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sowie des suprapatellären Plicasyndroms zu erwarten. Beide seien momentan relativ gut kontrolliert (S. 2 Ziff. 2.7, S. 3 Ziff. 3.4).

Aufgrund der episodischen lumbalen Beschwerden sowie Kniebeschwerden sei die genaue Einschätzung der Zumutbarkeit der angestammten Tätigkeit schwierig. Vermutlich sei eine Tätigkeit mit nur leichter körperlicher und wechselnder Belastung zu bevorzugen. Die angestammte Tätigkeit als Gipser sei als körperlich streng

mit repetitiven Belastungen zu werten. Bei einer angepassten Tätigkeit wäre -

sofern auch von neurologischer Seite keine Einwände bestünden – eine normale Arbeitsbelastung möglich (S. 3 Ziff. 3.3, Ziff. 4.1 f f.). 3. 6

Im Bericht von M.Sc. O.\_\_\_\_, Neuropsychologe, und Dr. phil. P.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Klinik für Neurologie,

A.\_\_\_\_, vom 27. September 2023 (Urk. 6/59) wurde folgende neuropsychologische Diagnose aufgeführt (S. 1): - leichte neuropsychologische Funktionsstörung gemäss SVNP-Kriterien

Formal neuropsychologisch ergebe sich ein kognitives Leistungsprofil mit attentionalen, mnestischen und exekutiven Auffälligkeiten. Attentional seien bis mittelschwer verminderte und schwankende Reaktionszeiten in der Grundaktivierung objektivierbar. Mnestic zeige sich eine mittelgradig verminderte Lernleistung im visuell-räumlichen episodischen Gedächtnis mit mittelgradig erhöhter Fehleranzahl. Weiter präsentiere sich eine mittelgradige

Verminderung der verbalen Erfassungsspanne. In den Exekutivfunktionen ergäben sich eine mittelgradig reduzierte visuelle Arbeitsgedächtniskapazität sowie leichte Auffälligkeiten in der phonematischen Wortflüssigkeit (DD Fremdsprache), in der kognitiven Flexibilität und in der Planungsfähigkeit. Zudem würden sich leichte, mutmasslich exekutiv-assoziierte handlungsplanerische Defizite in der Kopie einer geometrischen Figur zeigen. Sämtliche weiteren geprüften kognitiven Teilfunktionen ergäben ein altersentsprechendes kognitives Leistungsprofil mit durchschnittlichen Leistungen (S. 4).

Zusätzlich zu den eigenanamnestischen Angaben lasse sich die Fatigue-Symptomatik in einem standardisierten Fragebogenverfahren psychometrisch objektivieren, wobei kognitive Symptome in stärkerer Ausprägung angegeben worden seien als körperliche (S. 4).

Insgesamt würden die Befunde einer leichten neuropsychologischen Störung gemäss den SVNP-Kriterien zur Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung mit jedoch zusätzlicher Fatigue-Symptomatik entsprechen. Lokalisatorisch auf beeinträchtigte fronto-subkorticale und rechtsbetonte fronto-temporale Regelkreise hinweisend könnten die Befunde und die Fatigue-Symptomatik ätiologisch gut im Zusammenhang mit der MS interpretiert werden. Ein sekundär leistungsmindernder Einfluss durch die affektpathologische Komponente und das tiefe prämorbidere Bildungsniveau könne aber nicht ausgeschlossen werden (S. 4).

Betreffend die Funktionsfähigkeit im Beruf sei eine leichte neuropsychologische Störung feststellbar, welche gemäss SVNP-Richtlinie aus rein neuropsychologischer Sicht einer Arbeitsunfähigkeit von 10 bis 30% entspreche. Die aktuelle Untersuchung habe unter sehr strukturierten und störungsarmen Bedingungen stattgefunden, wobei bei Wegfall dieser Arbeitsstruktur, höherem Zeitdruck sowie höheren Anforderungen an die geteilte Aufmerksamkeit die genannten kognitiven Befunde eine Akzentuierung erfahren würden. Angesichts der psychometrisch und klinisch evidenten Erschöpfungssymptomatik respektive der reduzierten/abnehmenden Konzentrationsbelastbarkeit im Verlauf der zweistündigen Untersuchung sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu einem deutlich höheren Mass eingeschränkt sei.

Zusätzlich dürften die Schmerzsymptome bei/nach körperlicher Anstrengung die Arbeitsfähigkeit weiter herabsetzen, wobei dieser Aspekt aus neurologischer Sicht beurteilt

werden müsste (S. 4).

Die A.\_\_\_\_-Fachpersonen empfahlen die Inanspruchnahme einer psychotherapeutischen Begleitung zur Verarbeitung der aktuellen Belastungssituation und zur Krankheitsverarbeitung. Der Beschwerdeführer habe bereits einige Psychotherapiestunden absolviert, welche ihm allerdings nicht geholfen hätten, weshalb er aktuell keine erneute psychotherapeutische Begleitung wünsche (S. 4). 3.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).

### **E. 1.3**

, S. 6 Ziff. 4.1 f. ). Angaben darüber, inwiefern der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit konkret beeinträchtigt ist, fehlen indessen, weshalb die Ausführungen der Hausärztin zur Arbeitsfähigkeit für die vorliegend zu beurteilende Streitfrage keine Klärung bieten .

### **4. 3 .3**

Die Fachpersonen der K.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 1. Juni 2023 ( Urk. 6/46) in psychischer Hinsicht eine leichte depressive Episode sowie einen schädlichen Substanzkonsum mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 2.5) . Angaben darüber, inwiefern der Beschwerdeführer durch die psychischen Störungsbilder in seiner Leistungsfähigkeit konkret eingeschränkt ist, fehlen indes im Bericht.

Ebenso

wenig äusserten sich die Fachpersonen zum Belastungsprofil einer angepassten Tätigkeit , welche gemäss ihrer Einschätzung zu 100 % möglich sei (S. 4 Ziff. 4.2 f.). 4. 3 .4

Die behandelnden Ärztinnen der Klinik für Rheumatologie am A.\_\_\_\_ gingen in ihrem Bericht vom 25. September 2023 ( Urk. 6/55) von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. Dies allerdings ausdrücklich unter Vorbehalt der Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch die neurologischen Kollegen (S. 3 Ziff. 4.2), weshalb im genannten Bericht keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht vorliegt. 4. 3 .5

Was den Bericht der neuropsychologischen Fachpersonen des A.\_\_\_\_ vom 27.

September 2023 ( Urk. 6/59) angeht, bleibt anzumerken, dass auf ihre Beurteilungen vorliegend nicht alleine abgestellt werden kann. Die neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar und es bleibt grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen oder neurologischen Facharztes, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4 mit Hinweis auf Urteil des

Bundesgerichts 9C\_752/2018 vom 12. April 2019 E. 5.3). Abgesehen davon wird im Bericht keine klare Angabe betreffend die Arbeitsfähigkeit (in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit) gemacht, sondern – gestützt auf eine in der SVNP-Richtlinie bei einer leichten kognitiven Störung

abstrakt festgelegte Arbeitsunfähigkeit von 10 bis 30 % -

lediglich auf eine

mutmasslich deutlich höhere Arbeitsfähigkeit als in der Testung hingewiesen (S. 4). 4.3.6

Betreffend die Berichte der Assistenzärztinnen respektive der Oberärztin der Klinik für Neurologie am A.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2023 sowie vom 26. Januar und 4. Juli 2024 (Urk. 6/75 ,

Urk. 6/72, Urk. 6/87) ist zu bemerken, dass die im neuropsychologischen Bericht erwähnte Verminderung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 10 bis 30 %

von den behandelnden Ärztinnen kommentarlos übernommen wurde und eine fachärztliche Beurteilung der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse fehlt (vgl. E. 4.2.5). Was sodann die in den Berichten im Zusammenhang mit der Migräne erwähnten Ausführungen angeht, so stützen sich diese im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers (vgl. diesbezüglich auch Urk. 9).

Letzterer wünschte sodann weder eine Vorstellung in der A.\_\_\_\_-Kopfschmerzprechstunde noch eine medikamentöse Prophylaxe, was gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht. Im Übrigen ist die in neurologischer Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit attestierte Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 70 % nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, dies insbesondere auch im Hinblick auf das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers im Alltag (vgl. hierzu Urk. 6/62 /10). 4.3.7

Im Bericht der Klinik für Neurologie am A.\_\_\_\_

vom 13. August 2024 (Urk. 10) fehlen schliesslich jegliche Angaben über die Arbeitsfähigkeit respektive darüber, inwiefern der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit konkret eingeschränkt ist. 4.4

Im Lichte der obigen Erwägungen ist die RAD-Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar, so dass nicht darauf abzustellen ist. Gleichermassen fehlt eine verlässliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in den Berichten der behandelnden (Fach-)Ärzte. Es mangelt zudem

im Hinblick auf eine allenfalls aus psychischen Gründen eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auch an einem rechtsgenügend durchgeführten strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281, wobei in den aktenkundigen medizinischen Berichten bereits die erforderlichen Angaben zu den Standardindikatoren fehlen (unter anderem Angaben zu den relevanten Komorbiditäten und zur Konsistenz). 4.5

Der medizinische Sachverhalt ist somit zu wenig abgeklärt, weshalb die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2024 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach ergänzender Abklärung über den Anspruch des Beschwerdeführers

auf berufliche Massnahmen und/oder eine Rente der Invalidenversicherung neu verfüge. Dabei drängt sich im Zusammenhang mit den gestellten Diagnosen eine polydisziplinäre Begutachtung auf, in deren Rahmen insbesondere auch die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen somatischen Beschwerden einerseits sowie auch im Verhältnis zu den psychischen Störungsbildern andererseits abzuklären sind.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5. 5.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis). 5.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführer neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin  
GräubSchleiffer Marais

#### **E. 1.4**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern

können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt.

### **E. 1.5**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2 und 8C\_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen).

### **E. 2**

6. Januar und 4. Juli 2024 nichts an der RAD-Beurteilung ändern, da darin insbesondere keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit erfolgt sei und invaliditätsfremde Faktoren nicht berücksichtigt worden seien (S. 4 f.).

Betreffend die Diagnose chronische Migräne wurde schliesslich festgehalten, dass die Kopfschmerzproblematik in diversen in den Akten liegenden medizinischen Berichten - wenn überhaupt - nur am Rande erwähnt worden sei und keine entsprechende Diagnose gestellt worden sei. Ebenso

wenig sei eine Überweisung für eine Kopfschmerzbehandlung beim A. \_\_\_ oder die Verschreibung/Einnahme entsprechender Kopfschmerzmedikamente aufgeführt worden. Entsprechend sei die Schlussfolgerung der RAD-Ärztin, dass weder vom Vorliegen einer (fachärztlichen Diagnose einer) chronischen Migräne noch einer leitliniengerechten Migränebehandlung ausgegangen werden könne, nachvollziehbar (S. 5).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdeführerin begründete die leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer seit September 2021 in seiner bisherigen Tätigkeit nicht mehr

arbeitsfähig sei. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm indes in vollem Pensum möglich, weshalb sich keine Erwerbseinbusse und damit auch kein Invaliditätsgrad ergebe. Es bestünden ferner Behandlungsoptionen und der Leidensdruck sei aufgrund fehlender Behandlung nicht ausreichend nachvollziehbar (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor (Urk. 1), dass er aufgrund der chronischen MS seit Oktober 2021 arbeitsunfähig und sein Gesundheitszustand trotz medizinischer Behandlungen oft sehr schlecht sei. Gemäss den Berichten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Oberärztin, und M.Sc. C.\_\_\_\_, Oberarzt i.V., Klinik für Neurologie, A.\_\_\_\_, sei er zu mindestens 60 % arbeitsunfähig, was bei der Entscheidungsfindung der Beschwerdegegnerin nicht ausreichend berücksichtigt worden sei. Aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen sei eine Wiedereingliederung in den bisherigen Beruf als Maler / Gipser nicht möglich (S. 1). Schliesslich seien auch seine persönlichen und beruflichen Umstände nicht genügend gewürdigt worden (S. 2).

### **E. 2.3**

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 5) präzierte die Beschwerdegegnerin, die Ärztin des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, erachte den Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Gipser nicht mehr für arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit (leichte Tätigkeit mit Heben bis 5 kg, mit der Möglichkeit zum Positionswechsel, ohne andauernde körperliche Belastung, ohne schwere körperliche repetitive Tätigkeiten, ohne Zwangshaltung, ohne grössere Gehstrecken, ohne Tätigkeiten im Dunkeln/auf unebenem Gelände und nur Tätigkeiten mit seltenen Rumpfrotationen/Bücken) sei er voll arbeitsfähig (S. 1).

Die somatischen Beschwerden würden aus rheumatologischer Sicht zu keiner Arbeitsunfähigkeit in (zumindest) angepassten Tätigkeiten führen. Die RAD-Ärztin halte denn auch fest, dass die Ursachen der Schmerzen in den Bereichen Rücken, Ferse und Knie rheumatologisch zugeordnet und entsprechende Diagnosen gestellt worden seien (S. 2).

In psychiatrischer Hinsicht sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden und das psychische Beschwerdebild würde durch ausgeprägte psychosoziale Faktoren bestimmt (S. 2).

Aufgrund der neurologischen Untersuchungsbefunde hätten keine wesentlichen funktionellen Einschränkungen objektiviert werden können (S. 3).

Im Rahmen einer MS mit nachgewiesenen Hirnläsionen seien eine kognitive Störung und Fatigue grundsätzlich möglich. Beides sei aber auch im Rahmen der bestehenden leichten depressiven Störung sowie nach Cannabiskonsum zu erwarten. Der Beschwerdeführer konsumiere an fünf von sieben Tagen Cannabis, weshalb ein negativer Einfluss auf das neuropsychologische Testergebnis wahrscheinlich sei. Im Weiteren bestehe ein gut erhaltenes Aktivitätenniveau und der Beschwerdeführer habe bestehende Behandlungsoptionen (zum Beispiel Psychotherapie) nicht wahrgenommen (S. 3 f.).

Aufgrund der in den Akten liegenden Facharztberichte (Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie) sei ein lückenloser Befund erstellt, weshalb eine Aktenbeurteilung wie die eines RAD beweiskräftig sei. Die Stellungnahme von RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_ genüge den allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an einen ärztlichen Befund, weshalb vorliegend darauf abgestellt werden könne (S. 4).

Im Weiteren würden auch die A.\_\_\_\_ -Berichte vom 12. Dezember 2023 sowie vom

#### **E. 2.4**

Der Beschwerdeführer ergänzte in seiner Replik (Urk. 9), dass am 13. August 2024 durch die Fachpersonen des A.\_\_\_\_ ein Plicasyndrom diagnostiziert worden sei, welches anhaltende Schmerzen im Knie verursache. Die Ocrevus-Therapie vertrage er gut und sie führe zu einer Schmerzlinderung, wobei die Beschwerden nach etwa einem Monat wieder auftreten würden. Cannabis konsumiere er maximal einmal pro Monat am Wochenende, weshalb die Fatigue nicht darauf zurückzuführen sei. Betreffend die Migräne mit Aura liege eine klare Diagnose und eine medikamentöse Behandlung vor.

Im Weiteren sei die von der Beschwerdegegnerin beschriebene angepasste Tätigkeit praktisch nicht umsetzbar. Er könne weder länger als 20 Minuten sitzen, gehen oder stehen noch am Computer arbeiten respektive sich auf eine Tätigkeit konzentrieren. Die einmal pro Jahr durchgeführte und für zirka 30 Minuten andauernde medizinische Untersuchung reiche nicht aus, um den Zustand der restlichen 364 Tage im Jahr realistisch zu beurteilen. Er leide an schubförmiger MS, bei welcher sich die Symptome von Tag zu Tag stark unterscheiden könnten.

#### **E. 2.5**

f.): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - lumbospondylogenes und myofaszielles Schmerzsyndrom, Erstdiagnose 4.

April 2023 - Haltungsinsuffizienz, Hyperlordose lumbal - Verkürzungen der Hamstrings und Adduktorenmuskulatur

beidseits - MRI HWS/BWS und LWS 28. April 2023: mehrere Wirbelkörperherniationen (die grössere auf Höhe BWK3 und BWK5, LWK 1). Spinalkanal und abgebildete Neuroforamina normal weit - suprapatellares Plicasyndrom rechts, Erstdiagnose August 2019 - schubförmige MS, Erstdiagnose Dezember 2020; EDSS 1.5 - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - anamnestisch Psoriasis, Erstdiagnose zirka 2020; aktuell ohne Therapienotwendigkeit - Knick-Senkspitzfusskonfiguration beidseits

Die Ärztinnen führten aus, der Beschwerdeführer habe sich vom 4. April bis 8.

August 2023 in rheumatologischer Behandlung befunden, wobei seit dem letztgenannten Datum keine regulären Verlaufskontrollen mehr vorgesehen seien. Von rheumatologischer Seite sei keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden (S. 1 Ziff.

#### **E. 2.7**

, Ziff.

#### **E. 3.1**

Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, A.\_\_\_\_, nannten in ihrem Bericht vom

#### **E. 3.2**

Die damalige Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. h.c. med. G.\_\_\_\_, Allgemeiner Innere Medizin, stellte am 10. April 2022, folgende Diagnosen (Urk.

6/27 S. 3 f.

Ziff.

### E. 3.3

, Ziff. 4.2 ). Im Weiteren unterschied die RAD-Ärztin in ihrer Beurteilung vom 18. Oktober 2023 zwischen Diagnosen mit dauerhaften Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, solchen mit «passageren» respektive vorübergehenden

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und solchen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wobei sie diese Unterscheidung nicht (näher) begründete und insbesondere auch keine Angaben betreffend den zeitlichen Verlauf der passageren Leistungseinschränkungen machte (Urk. 6/62/9).

Nicht vollends klar sind sodann die Ursachen der neurologisch festgestellten kognitiven Störung, wobei die RAD-Ärztin namentlich dem Cannabiskonsum des Beschwerdeführers einen negativen Einfluss auf das neuropsychologische Testergebnis zuschrieb (Urk. 6/83/2). Ein laborchemischer Nachweis von Cannabis ist beim Beschwerdeführer – insbesondere im Zusammenhang mit der neuropsychologischen Untersuchung – indes nicht aktenkundig. Des Weiteren liegen unterschiedliche Angaben betreffend die Frequenz des Cannabis- und Alkoholkonsums vor (von einem Joint pro Monat bis zu mehreren Joints täglich respektive einem Bier

täglich bis zu einem Liter Wein pro Tag ;

Urk. 6/25 S. 3, Urk. 6/33 S. 3, Urk. 6/39/

### E. 3.4

,

S. 4 Ziff. 4.2 f. ).

Die K.\_\_\_\_-Fachpersonen wiesen zudem darauf hin, dass der Beschwerdeführer seine Deutschkenntnisse seit Behandlungsbeginn im Selbststudium deutlich verbessert habe, er für die Fahrprüfung lerne und aktuell daran arbeite, sich Kenntnisse in verschiedenen Bereichen anzueignen, um möglicherweise einer körperlich weniger anstrengenden Arbeitstätigkeit nachzugehen (S. 3 Ziff. 3.5). 3. 4

Oberarzt

C.\_\_\_\_

und Assistenzarzt L.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, A.\_\_\_\_, wiederholten in ihrem Bericht vom 11. September 2023 (Urk. 6/53) die bereits von der Hausärztin am 10. April 2022 aufgeführten Diagnosen (vgl. E. 3. 2) mit folgenden Ergänzungen (S. 1): - schubförmige MS, Erstdiagnose Dezember 2020, EDSS 1.5 - aktuell: Fatigue - diagnostisch: - cMRI Juni 2022 : verglichen mit MR-Voruntersuchung vom 26. Oktober 2021 unveränderte, vor allem supratentorielle demyelinisierende Läsionslast. Keine neuen Läsionen. Stationäre Schrankenstörung der Läsion im Gyrus frontalis superior links. Keine pathologische neue KM-Anreicherung - cMRI vom Februar 2023: stationäre Darstellung der multiplen demyelinisierenden Läsionen supra- und infratentoriell beidseits mit zunehmender Kontrastmittelaufnahme der aktiven Läsion frontal links - MRI Neuroachse April 2023: neu aufgetretene Läsion in Höhe BWK1 rechts, sonst im Wesentlichen stationärer Befund bei multiplen Myelonläsionen. Keine entzündliche Aktivität - MRI Neuroachse September 2023: stationär - therapeutisch: - Ocrevus: 4. Zyklus: 9. August 2022; 5. Zyklus: 9. Februar

2023 - Verdacht auf Sulcus ulnaris - Syndrom rechts, Erstdiagnose September 2023 - Ätiologie: DD bei Folsäure-Mangel - psychosoziale Belastungssituation, EM 2021, Erstdiagnose 1. Februar 2022 - aggravierte Krise im Rahmen der Arbeitslosigkeit - DD mit/bei depressiver Symptomatik, DD Depression Angst gemischt - s chädlicher Konsum, DD Abhängigkeitssyndrom von C2 und THC

Die Arztpersonen führten unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe den Alkoholkonsum gemäss eigenen Angaben auf zwei bis drei Biere am Wochenende und ein Bier täglich

reduziert. Zusätzlich nehme er THC. Aufgrund von Schwindel und Schmerzen in den Beinen könne er maximal 20 Minuten gehen. Nach einer Stunde Arbeit im Schrebergarten komme es zu Fatigue respektive zu beginnenden Schmerzen im ganzen Körper und er sei rasch abgelenkt (S. 4).

Betreffend den Neurostatus wurde festgehalten, die Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig und der Stand / Gang sei – auch in der erschwerten Gangprüfung (Zehen-/Fersen-/ Seiltänzerengang) – sicher (S. 4).

Es bestehe ein stabiler Verlauf ohne Hinweis auf eine Krankheitsaktivität und mit guter Verträglichkeit der Therapie. Klinisch zeige sich ein stabiler Neurostatus mit nur einer Paresthesie an den Füßen ohne anderes fokales neurologisches Defizit. Die Gefühlsstörung an der rechten Hand sei nur auf Dig. IV-V begrenzt mit nächtlichen Schmerzen. Dabei sei eine Hypästhesie in diesem Bereich palmär und dorsal zu objektivieren, was

als Sulcus ulnaris - Syndrom zu werten sei. Bildgebend zeige sich ein insgesamt stationärer Befund im Vergleich zur Voruntersuchung ohne Hinweis auf neu aufgetretenen Läsionen. Das spinale MRI zeige im April 2023 eine neue Läsion auf Höhe des BWK1, welche aktuell stabil sei. Ein klinisches Korrelat zu dieser Läsion bestehe nicht. In Zusammenschau der Befunde werde bei klinischer und radiologischer Stabilität die Fortführung der Therapie mit Ocrevus empfohlen, da der Beschwerdeführer aktuell keine erhöhte Infektionsneigung habe (S. 5).

### **E. 3.5**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin, und med. pract. N.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Klinik für Rheumatologie, A.\_\_\_\_, stellten am 25. September 2023 folgende Diagnosen (Urk. 6/55 S. 2 Ziff.

### **E. 3.11**

Im Bericht vom 13. August 2024 (Urk. 10) führten Dr. med. S.\_\_\_\_, Oberärztin, und Assistenzarzt T.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, A.\_\_\_\_, folgende – zusätzlich zu den bereits im A.\_\_\_\_ - Bericht vom 11. September 2023 (vgl. E. 3.4) genannten Befunde - Diagnosen auf (S. 1 f.): - schubförmige MS, Erstdiagnose Dezember 2020, EDSS 1.5 - diagnostisch: - cMRI vom August 2024 stationär - therapeutisch: - 6. Zyklus am 23. November 2023 - chronische Migräne mit Aura (ICHD-III 1.2), EM seit Kindheit - und vestibuläre Mitbeteiligung - anamnestisch: - bereits in der Kindheit pulsierende Kopfschmerzen bei Stress, aktuell seit Dezember 2023 15x/Monat, pulsierende, temporale Kopfschmerzen, VAS 7/10, mit Phono-/Photophobie, Nausea/Emesis, verschwommenes Sehen mit teils Blitzen (für maximal 20 Minuten) anhaltend - therapeutisch: - Akuttherapie mit Ibuprofen -

Prophylaxe mit Riboflavin und Magnesium ohne signifikante Besserung, Saroten nur zweimal genommen

Im Zusammenhang mit der Migräne führten die Arztpersonen aus, der Beschwerdeführer wünsche aktuell weder eine Vorstellung in der Kopfschmerzsprechstunde noch medikamentöse Prophylaxe-Maßnahmen (S. 3).

Aufgrund von Schwindel und Schmerzen in den Beinen könne der Beschwerdeführer maximal 20 Minuten gehen. Nach einer Stunde Arbeit im Schrebergarten komme es zu Fatigue respektive zu beginnenden Schmerzen im ganzen Körper und er sei rasch abgelenkt. Am Wochenende konsumiere er Wein, alle zwei Tage rauche einen Joint (S. 4).

Betreffend den Neurostatus verwiesen die Arztpersonen auf eine unauffällige Konzentration und Aufmerksamkeit. Der Gang/Stand sei sicher, es sei beim Rombergversuch keine Schwanke aufgetreten und der Zehen-/Fersengang sei durchführbar. Beim Seiltänzerengang bestehe eine Unsicherheit (anamnestisch seit Kindheit unverändert S. 4 f.).

Anamnestisch habe der Beschwerdeführer von einem stabilen Verlauf ohne neu aufgetretene Defizite oder schubverdächtige Episoden berichtet. Die verordnete Therapie mit Saroten sei nur über eine Woche eingenommen worden, die Kopfschmerzfrequenz habe sich allerdings nach dem Beginn von Ausdauersport ausreichend verbessert. Auch in der neurologischen Untersuchung zeige sich ein stabiler Untersuchungsbefund. Die zerebrale MRI-Verlaufsbildgebung vom August 2024 ergebe ebenfalls einen stationären Befund, ebenso die laboranalytische Kontrolle. In Zusammenschau der Befunde bestände weiterhin ein multifokales, aggraviertes Schmerzsyndrom mit lumbospondylogenen und myofaszialen Beschwerden, ein suprapatelläres Plicasyndrom rechts sowie der Verdacht auf eine chronische Migräne mit vestibulärer Aura. Im Vordergrund ständen vor allem noch die Kopfschmerzen. Da der Beschwerdeführer grundsätzlich einen nicht-medikamentösen Therapieansatz wünsche, sei weiterhin insbesondere Ausdauersport empfohlen worden. Bezüglich der MS sei die Therapie mit Ocrevus bei klinischer und radiologischer Stabilität, guter Verträglichkeit sowie vorhandener intrakranieller spinaler Läsionslast unverändert weiterzuführen (S. 5). 4.

4.1

4.1.1

Wird für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs einer versicherten Person – wie vorliegend – kein externes Gutachten eingeholt, sondern einzig auf die RAD-Einschätzung abgestellt, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen und bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung des RAD ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. E. 1.5). 4. 1. 2

Zwischen der Einschätzung der RAD-Ärztin, welche den Beschwerdeführer nicht persönlich untersuchte, und den Berichten der Arztpersonen der Klinik für Neurologie am A.\_\_\_\_

bestehen unterschiedliche Auffassungen betreffend die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in angepasster Tätigkeit. Während die RAD-Ärztin diesbezüglich von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgeht (Urk. 6/ 62/9), attestierten die

behandelnden Arzt personen

unter Hinweis auf neuropsychologische Defizite, eine chronische Migräne sowie eine multifokale Schmerzproblematik eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 10 bis 30 % respektive eine solche von 60 bis 70 % ( Urk. 6/75, Urk. 6/72, Urk. 6/87).

Die Ärztinnen der Klinik für Rheumatologie am A.\_\_\_\_ postulierten in einer angepassten leichten körperlichen Tätigkeit eine normale Arbeitsbelastung, dies jedoch explizit unter Vorbehalt der Einschätzung der neurologischen Behandler ( Urk. 6/55 S. 3 Ziff.

#### **E. 7**

Die RAD-Ärztin Dr. D.\_\_\_\_

stellte in ihrer Stellungnahme vom 18. Oktober 2023 ( Urk. 6/62/

#### **E. 8**

Dr. med. univ. Q.\_\_\_\_, Assistenzärztin an der Klinik für Neurologie, A.\_\_\_\_, führte unter Hinweis auf die neuropsychologische Untersuchung in ihrem Bericht vom 12. Dezember 2023 ( Urk. 6/75) aus, beim Beschwerdeführer bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 10 bis 30%. Ergänzend sei zu erwähnen, dass die Testung unter optimalen, strukturierten und störungsarmen Bedingungen erfolgt

sei, wobei bereits in diesem Setting die Belastbarkeit und Konzentrationsfähigkeit abgenommen und sich entsprechende attentionale, mnestiche und exekutive Defizite gezeigt hätten. Dies werde durch die zusätzlich bestätigte Fatigue-Symptomatik verstärkt. Erschwerend bestünden bei körperlicher Anstrengung starke Schmerzen, welche die Arbeitsfähigkeit weiter herabsetzen würden. Insgesamt sei von einer ausgeprägten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. 3.

#### **E. 9**

Assistenzärztin R.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, A.\_\_\_\_, nannte in ihrem Bericht vom 26. Januar 2024 ( Urk. 6/72 ;

vgl. auch den Bericht vom 4. Juli 2024 [ Urk. 6/87 ], welcher inhaltlich Urk. 6/72 entspricht aber zusätzlich von Dr.

B.\_\_\_\_ unterzeichnet wurde ) folgende Diagnosen: - schubförmige MS, Erstdiagnose Dezember 2020 - chronische Migräne mit Aura und vestibuläre Migräne - lumbospondylogenes und myofasiales Schmerzsyndrom

Nebst den neuropsychologischen Einschränkungen (verminderte Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit), welche gemäss dem entsprechendem Bericht mit einer mindestens 10 bis 30%igen Arbeitsunfähigkeit einhergehen würden, bestehe eine chronische Migräne mit Aura und vestibuläre Migräne an zirka 15 Tagen pro Monat sowie verschiedene Schmerzen am Rücken, Knien und Knöchel. An den 15 Migränetagen pro Monat ziehe sich der Beschwerdeführer aufgrund der Kopfschmerzen zurück und aufgrund des Schwindels bestünden deutliche Gehprobleme. Zusätzlich werde er durch die multifokale Schmerzsymptomatik eingeschränkt. Bereits beim Stehen/Gehen/Sitzen komme es an den genannten Lokalisationen zu starken Schmerzen, so dass die bisherige Arbeitstätigkeit als Gipser (100%) nicht mehr aufgenommen werden könne. Unter Einbezug der körperlichen Beeinträchtigung sei somit von einer Arbeitsunfähigkeit von 60 bis 70% auszugehen. 3.

## E. 10

Am 3. Mai 2024 ( Urk. 6/83/2-3)

äusserte sich die RAD-Ärztin erneut

zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und nahm insbesondere Stellung zu den Berichten der Arztpersonen der Neurologischen Klinik des A.\_\_\_\_ vom 27.

September und 1 2. Dezember 2023 sowie vom 2 6. Januar 2024 (vgl. E. 3. 6 und E. 3. 8 - 9 ). Betreffend den erstgenannten Bericht führte sie aus, dass eine kognitive Störung und Fatigue im Rahmen einer MS mit nachgewiesenen Gehirn läsionen grundsätzlich möglich und dauerhaft anzunehmen seien. Kognitive Störungen

seien aber auch im Rahmen einer leichten depressiven Störung und/oder eines Cannabiskonsums zu erwarten und bei Abstinenz rückläufig. Ein laborchemischer Nachweis fehle, dass der Beschwerdeführer zum Untersuchungszeitpunkt ohne Einfluss von Cannabis gestanden sei, welches zentral auf das Gehirn wirke und weiteren Einfluss auf das Testergebnis habe. Aufgrund der hohen Konsumfrequenz liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ein negativer Einfluss auf das Testergebnis vor. Im Weiteren seien die nachgewiesenen multifaktoriellen, reversiblen psychosozialen Faktoren (Arbeitslosigkeit seit 2021, Sprachbarriere, niedriges Bildungsniveau) in der Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit ungewürdigt geblieben. Es bestünden sodann Behandlungsoptionen (beispielsweise Psychotherapie), die vom Beschwerdeführer nicht wahrgenommen würden. Eine Drogenabstinenz sei zumutbar und es liege kein Suchtleiden vor. Zudem sei bei erhaltenem Aktivitätensniveau (Schrebergarten , Spaziergänge mit dem Hund, langjährige Partnerschaft) von ausreichenden Ressourcen auszugehen. Eine fachärztlich neurologische und/oder psychiatrische Beurteilung der neuropsychologischen Untersuchung fehle , so dass die vorliegenden Untersuchungsergebnisse fachärztlich nicht validiert seien. Ein längerdauernder Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei deshalb nicht ausreichend plausibilisiert ( Urk. 6/83/2-3).

Im Zusammenhang mit den A.\_\_\_\_ -Berichten vom 1 2. Dezember 2023 und 26.

Januar 2024 hielt die RAD-Ärztin fest, es fehle eine fachärztliche Beurteilung der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse sowie der oben aufgeführten reversiblen Aspekte . Es mangle sodann an einer fachärztlichen Einordnung der Diagnose einer chronischen Migräne. Eine solche Diagnose sei in keinem der Vorberichte der A.\_\_\_\_ Neurologie oder der anderen Behandler aufgeführt. Ebenso fehle eine leitliniengerechte Migränebehandlung sowohl in der Vergangenheit als auch seit Behandlungsbeginn (Januar 2020). Es beständen Zweifel sowohl an der Diagnose als auch an den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und es fehle im Weiteren eine fachärztliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Schliesslich sei das Schmerzleiden fachfremd beurteilt worden und es sei weder die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit noch die Addition zulässig ( Urk. 6/83/3).

Zusammenfassend hielt die RAD-Ärztin fest, dass keine neuen fachärztlichen Berichte eingereicht worden seien und die assistenzärztlichen Einschätzungen aufgrund der Berücksichtigung wichtiger konkurrierenden Faktoren die RAD-Einschätzung nicht zu ändern vermögen würden . Es beständen Behandlungsoptionen und eine Drogenabstinenz sei medizinisch möglich, so dass eine Verbesserung der Kognition überwiegend wahrscheinlich sei. Der Leidensdruck des Beschwerdeführers sei aufgrund fehlender Behandlung zudem nicht ausreichend nachvollziehbar und das dokumentiert e

Alltagsniveau lasse auf ausreichende Ressourcen und ein adäquates Funktionsniveau schliessen (Urk.

6/83/3).

#### **E. 11**

S. 4, Urk. 6/53 S. 4; Urk. 9, Urk. 10 S. 4), weshalb auch betreffend den Umfang des Suchtmittelkonsums Unklarheiten bestehen.

Schliesslich fehlt es der RAD-Einschätzung

an einer eingehenden Auseinandersetzung mit den Wechselwirkungen der beim Beschwerdeführer vorliegenden verschiedenen somatischen sowie psychischen Leiden, beschränkte sich die RAD-Ärztin doch einzig auf den pauschalen Hinweis, dass sich somatische und psychiatrische Diagnosen negativ wechselseitig auswirken würden (Urk. 6/62/9). 4.2

Betreffend die Berichte der behandelnden Ärzte ist vorwegzuschicken, dass letztere in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, weshalb deren Berichte nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes verfolgen. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass die Behandler mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351

E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn kaum je in Frage kommen (BGE 135 V 465 E. 4.5). 4.3.

4.3.1

Die Arztpersonen der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik stellten am 7. April 2022 (Urk. 6/33/2-4) einzig psychiatrische Verdachtsdiagnosen, wobei eine klare Herleitung der Diagnosen fehlt und sie sich im Wesentlichen auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützen. Im Weiteren mangelt es auch an Angaben betreffend die Arbeitsfähigkeit. 4.3.2

Dr. G. \_\_\_ attestierte in ihrem Bericht vom 10. April 2022 (Urk. 6/27) in einer körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100% vom Juni 2021 bis März 2022 respektive eine solche von 80% seit April 2022 (wegen IV-Integration) und in einer leichten bis wechselbelastenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab sofort (S. 2 Ziff.

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