

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2023 41

Entscheid vom 9. September 2024

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
lic.iur. Josef Mathis, Gerichtsschreiber

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführer,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Leistungen)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. [...]1964 [nachfolgend: der Versicherte]) ist deutscher Staatsangehöriger, geschieden und Vater von drei erwachsenen Kindern. Er erlernte in Deutschland den Beruf des Carrosseriebauers (1979 - 1983) und reiste am 8. August 1986 in die Schweiz ein; er besitzt die Niederlassungsbewilligung C (IV-act. 9 f.). Seit 2003 arbeitete der Versicherte grossmehrheitlich als Selbständigerwerbender. Von 2012 bis 2019 war er Geschäftsführer der B. _____ GmbH, über welche am 29. Januar 2020 der Konkurs eröffnet und die am 8. Oktober 2020 von Amtes wegen aus dem Handelsregister gelöscht wurde. Seit Februar 2020 arbeitet er als Gipservorarbeiter bei der C. _____ GmbH, deren Geschäftsführer sein Sohn, D. _____, ist (IV-act. 13-3/4; 14-3f./5; 15-2/3).

B. Am 24. Januar 2022 meldete sich der Versicherte bei der IV-Stelle Schwyz zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Er gab an, seit dem 6. Januar 2021 arbeitsunfähig zu sein. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte er 'zweimalige Rückenoperation, Herzinfarkt und Psychologische Behandlung', bestehend seit 2017 (IV-act. 4).

C. Die IV-Stelle kam nach durchgeführter Frühintervention am 14. März 2023 zum Schluss, der Versicherte sei seit ungefähr Ende März 2022 wieder voll arbeitsfähig und habe beim bisherigen Arbeitgeber eine angepasste Tätigkeit zum unveränderten Lohn aufgenommen (IV-act. 15-2/3). Mit Vorbescheid vom 15. März 2023 stellte die IV-Stelle mit Hinweis auf ihre Abklärungen die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-act. 16).

D. Mit Verfügung vom 9. Mai 2023 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit derselben Begründung wie im Vorbescheid ab (IV-act. 18).

E. Gegen diese Verfügung vom 9. Mai 2023 erhebt der Versicherte am 17. Mai 2023 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz und beantragt sinngemäss deren Aufhebung. Am 30. Mai 2023 reicht er verschiedene Arztberichte nach.

F. Die IV-Stelle beantragt mit Vernehmlassung vom 29. Juni 2023 die kostenfällige Abweisung der Beschwerde.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

1.3 Der Invaliditätsgrad bestimmt sich nach Art. 16 ATSG, wonach zur Ermittlung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (= sog. hypothetisches Invalideneinkommen), zum Erwerbseinkommen in Beziehung gesetzt wird, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (= sog. hypothetisches Valideneinkommen). Die Invalidität ist auf der Grundlage desjenigen Erwerbseinkommens zu bemessen, das die versicherte Person durch eine ihr zumutbare Tätigkeit erzielen könnte. Nicht entscheidend ist für die Invaliditätsbemessung, ob die versicherte

Person ihre (Rest-)Arbeitsfähigkeit erwerblich verwertet, d.h. von der ihr verbliebenen Erwerbsfähigkeit Gebrauch macht oder nicht (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl. 2022, N 27 zu Art. 28a IVG).

1.4.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mind. zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). Ein wesentlicher Unterbruch der Arbeitsunfähigkeit i.S.v. Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG liegt gemäss Art. 29^{ter} der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) dann vor, wenn die versicherte Person an mindestens 30 aufeinanderfolgenden Tagen voll arbeitsfähig war.

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 Satz 1 IVG).

1.5.1 Invalide oder von einer Invalidität (Art 8) unmittelbar bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen umfassen laut Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG u.a. berufliche Massnahmen (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung und Kapitalhilfe). Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Art. 8 Abs. 1^{bis} Satz 2 IVG). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen und auf Massnahmen beruflicher Art entsteht frühestens im Zeitpunkt der Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 10 Abs. 1 IVG).

1.5.2 Anspruch auf Umschulung haben Versicherte, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Art. 17 Abs. 1 IVG). Als Umschulung gilt die Gesamtheit der Eingliederungsmassnahmen berufsbildender Art, die - wegen der Invalidität, nicht ohnehin aufgrund gesundheitsfremder Überlegungen - notwendig und geeignet sind, einem schon erwerbstätig gewesenen Versicherten nach Eintritt der Invalidität eine neue eingliederungswirksame Erwerbsmöglichkeit zu verschaffen. Als Umschulung gilt jede Neuausbildung beruflicher Art, die den Versicherten in die Lage versetzt, wiederum eine - seiner früheren annähernd gleichwertige -

Erwerbstätigkeit ausüben zu können, wobei sich der Begriff der annähernden Gleichwertigkeit nicht in erster Linie auf das Ausbildungsniveau als solches, sondern auf die nach erfolgter Eingliederung zu erwartenden Verdienstmöglichkeit bezieht (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., N 1 und 10 zu Art. 17 IVG; Art. 6 Abs. 1 IVV; Kreisschreiben über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art [KSBE, Stand 1.1.2020], Rz. 4001 f.).

1.5.3 Die sich aus Art. 8 Abs. 1 IVG ergebenden Teilgehälter des Verhältnismässigkeitsgrundsatzes werden bei der Umschulung nach Art. 17 IVG voll wirksam. Die Invalidenversicherung hat nur umzuschulen, soweit dies zur Wiedereingliederung, begrenzt durch das vor dem Invaliditätseintritt innegehabte Erwerbsniveau, notwendig bzw. erforderlich ist. Weiter ist die Eignung der Massnahme verlangt, aber auch die Eignung des Versicherten, d.h. seine subjektive und objektive Eingliederungsfähigkeit. Im Rahmen des Eignungserfordernisses sind Berufsneigungen des Versicherten bei der Art des Arbeitseinsatzes zwar zu berücksichtigen; sie können jedoch für die Zumutbarkeit einer geeigneten Tätigkeit nicht ausschlaggebend sein. Subjektive Neigungen, Fähigkeiten und Begabungen allein vermögen somit keinen Umschulungsanspruch zu begründen (vgl. Meyer/Reichmuth, a.a.O., N 45 f. zu Art. 17 IVG).

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

2.1 Der Versicherte führt in seiner Beschwerde vom 17. Mai 2023 aus, als vor ca. 8 Jahren die Beschwerden angefangen hätten, sei zuerst die Diskushernie operiert worden, woraufhin sich die Schmerzen im Rücken für eine kurze Dauer reduziert hätten. Nicht lange nach dieser Operation, seien die Schmerzen unerträglich geworden und es habe schliesslich zu Lähmungserscheinungen im rechten Bein geführt. Die Wirbel L4 und L5 seien daraufhin im Spital Schwyz von Dr.med. E. _____ mittels Schrauben, versteift worden. Die darauf folgenden Schmerzen, seien bis dato mittels Medikamente und Infiltrationen behandelt worden. Es sei immer wieder zu Arbeitsunfähigkeiten von bis zu sieben Monaten gekommen. Wie in der Verfügung erwähnt, sei er von September 2021 bis April 2022

arbeitsunfähig gewesen. Eine weitere Arbeitsunfähigkeit sei im Dezember und Januar 2022 und 2023 gefolgt.

Am 16. April 2023 sei er mit sehr starken Schmerzen sowie Lähmungserscheinungen in das Gesundheitszentrum G._____ eingeliefert worden. Beim Spitalaufenthalt im Gesundheitszentrum G._____ AG sei er mit Schmerzmitteln, Spritzen und einer Infiltration im OP behandelt worden. Von den behandelnden Ärzten sei ihm mitgeteilt worden, dass eine zukünftige Tätigkeit als Gipser nicht mehr möglich sein werde. Auch die nachbehandelnden Ärzte Dr. H._____ und Dr. I._____ seien derselben Meinung. Er sei ab dem 16. April 2023 auf unbestimmte Zeit arbeitsunfähig. Bei der Krankentaggeldversicherung sei die Arbeitsunfähigkeit als Rückfall deklariert worden.

Im Juni 2020 habe er einen Herzinfarkt gehabt, der in der Uniklinik J._____ behandelt worden sei. Zeitgleich mit seiner längeren Arbeitsunfähigkeit vom September 2021 bis April 2022 sei er von Dr. F._____ psychiatrisch behandelt worden (Depressionen). Am 7. Dezember 2021 sei es dann zu einem Suizidversuch gekommen und er sei durch die Kantonspolizei in die Psychiatrische Klinik K._____ überführt worden. Die psychiatrischen Behandlungen seien mittlerweile abgeschlossen. Seit Sommer 2022 sei er in Behandlung wegen seiner Schlafapnoe.

Entgegen dem Abklärungsergebnis der IV-Stelle möchte er folgende Stellungnahme abgeben. Er sei zur Zeit bei seinem Sohn angestellt, welcher ein Gipserunternehmen mit 9 Angestellten führe. Seine Tätigkeit beziehe sich seit zwei Jahren nur noch auf leichte Tätigkeiten und diverse Büroarbeiten. Die Anstellungsquote würde hierfür 30% betragen. Sein Sohn möchte keine Kündigung aussprechen, da er in seiner gesundheitlichen Verfassung keine neue Anstellung finden würde.

2.2 Die IV-Stelle macht in ihrer Vernehmlassung vom 29. Juni 2023 geltend, der Versicherte sei von September 2021 bis ca. März 2022 zwischen 50% und 100% arbeitsunfähig gewesen (mit Hinweis auf IV-act. 14-4/5, 15-2/3). Ab April 2022 sei er wieder zu 100% arbeitsfähig gewesen (mit Hinweis auf IV-act. 14-4/5); was er in seiner Beschwerde selber bestätige. Demnach sei der Versicherte offensichtlich nicht während mindestens eines Jahres durchschnittlich 40% arbeitsunfähig gewesen. Gemäss seinen Angaben sei er im Dezember 2022 und Januar 2023 wiederum arbeitsunfähig gewesen. Im Telefongespräch mit der IV-Stelle vom 21. Dezember 2022 sei eine solche Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht erwähnt worden (mit Hinweis auf IV-act. 14-4/5) und auch aus den Akten lasse sich, soweit ersichtlich, in diesem Zusammenhang nichts entnehmen. Selbst wenn (im Dezember 2022 und Januar 2023) eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben sollte, wäre die neue

Wartezeit ab Dezember 2022 wiederum wesentlich (d.h. mehr als 30 Tage) unterbrochen worden, da der Versicherte "erst" ab dem 16. April 2023 erneut arbeitsunfähig geworden sei. Die eingereichten Arztzeugnisse vom 27. April 2023 und vom 8. Mai 2023 (Bf-act. 2 f.) würden eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% vom 23. April 2023 bis 31. Mai 2023 belegen. Vom 16. April bis 23. April 2023 sei er im Spital gewesen. Der Versicherte schein weiterhin arbeitsunfähig zu sein, jedenfalls lasse dies seine Aussage in der Beschwerde vermuten, wonach er ab dem 16. April 2023 auf unbestimmte Zeit arbeitsunfähig sei. Soweit somit eine erneute länger andauernde Arbeitsunfähigkeit bestehe, wäre eine Neuanmeldung bei der Vorinstanz zu tätigen. Die Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG würde dann neu zu laufen beginnen, jedoch ohne Anrechnung der bis zum wesentlichen Unterbruch bereits zurückgelegten Perioden von Arbeitsunfähigkeit.

Die IV-Stelle habe mit Verfügung vom 9. Mai 2023 zu Recht einen Anspruch auf eine IV-Rente verneint, da beim Versicherten keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens einem Jahr vorgelegen habe. Im Übrigen sei unerheblich, ob die Krankentaggeldversicherung die erneute Arbeitsunfähigkeit als Rückfall deklariert habe.

3. Zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Versicherten, deren Auswirkungen auf das verbliebene Leistungsvermögen und den bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten lässt sich den medizinischen Unterlagen u.a. was folgt entnehmen:

3.1 Im Bericht der L. _____ Klinik vom 4. September 2015 wurden folgende Diagnosen gestellt (Bf-act. 20):

Aktuelle Diagnose:

Im Vordergrund stehendes, tieflumbales bis lumbosakrales Rückenschmerzproblem (80%) mit aktuell Ausstrahlung in beide Gesässe linksbetont und li Oberschenkel (20%) mit bei:

- grosser voluminöser Diskushernie L5/S1 re mit Kompression der S1'ner Wurzel re und Obliteration des Spinalkanals um 50%
- Anulusriss L4/L5 li mit Kontakt zu L5'er Wurzel li ohne Kompression
- Segmentdegeneration L4/L5 und L5/S1
- Diskusprotrusion L1/L2 ohne Neurokompression
- Status nach epiduraler Infiltration 10.07.2015 fecit Dr. Friedli

Medizinische Diagnosen:

Chronisch erosive Korpus- und Antrumgastritis
Leichte Anstrengungsdyspnoe unklarer Ätiologie
Recidierender Tinnitus und Hörverlust re

Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde festgehalten:

Aktuell stehen bei Hr. A. _____ Rückenschmerzen im Vordergrund, welche 80% des Problems ausmachen. Die ausstrahlenden Schmerzen in beide Gesässe li mehr als re und in den dorsalen Oberschenkel li machen aktuell nur 20% des Problems aus. Die Rückenschmerzen können entweder vom Segment L5/S1 oder L4/L5 oder

von beiden Segmenten generiert werden. (...). Als erstes empfehle ich die grosse voluminöse Diskushernie zu entfernen, weil diese immerhin den Spinalkanal um 50% einengt. Die Chance, damit die Rückenschmerzen positiv zu beeinflussen ist aber höchstens 50%. Wenn es uns gelingt, damit für Hr. A. _____ wieder eine gute Lebensqualität zu erreichen, haben wir mit dem kleinstmöglichen Eingriff das Problem lösen können. Sollte die Rückenschmerzen trotz Aufbautraining weiter persistieren, wäre der nächste Schritt eine ventrale Versteifungsoperation des kollabierten Segmentes L5/S1 von ventral im Sinne eines ALIF's. Das Ende der Kaskade ist dann eine Zweisegmentversteifung, welche ich wenn immer möglich vermeiden möchte. (...).

3.2 Bei dieser Operationsindikation wurde am 9. September 2015 in der L. _____ Klinik eine mikrochirurgische Dekompression L5/S1 re mit Rezessotomie und Sequester Entfernung durchgeführt und dem Versicherten mit ärztlichem Zeugnis folgende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Bf-act. 19):

Für Bürotätigkeit: Arbeitsunfähigkeit 100% für 4 Wochen ab dem 08.09.2015, dann 50% für zwei Wochen. Ab der 7. Woche postoperativ Arbeitsunfähigkeit 0%.

Für körperlich anstrengende Arbeit: Arbeitsunfähigkeit 100% für sechs Wochen ab dem 08.09.2015, dann 50% für zwei Wochen. Ab der 9. Woche postoperativ Arbeitsunfähigkeit 0%.

3.3 Im Bericht der L. _____ Klinik vom 20. Oktober 2015 wurde u.a. ein ausserordentlich erfreulicher Verlauf nach mikrochirurgischer Dekompression L5/S1 re mit Rezessotomie und Sequester Entfernung am 9. September 2015 notiert. Dass sich die Beinschmerzen verbessern würden, sei klar gewesen. Dass auch die Rückenschmerzen sich so positiv entwickelten, sei sehr erfreulich (Bf-act. 18).

3.4 Im Verlaufskontrolleintrag der L. _____ Klinik vom 18. Januar 2016 wurde vermerkt, der Patient habe sich wegen massivster Rückenschmerzen über Silvester gemeldet. Unter Dafalgan seien die Schmerzen inzwischen wieder vollständig verschwunden. Der Patient merke aber, dass er nicht mehr gleich viel tragen könne. Ab 10 kg spüre er den Rücken doch beträchtlich. Ansonsten arbeite er wieder zu 100% in seinem Geschäft und sei viel im Büro und auf der Baustelle (Bf-act. 11 S. 2 [6/8] unten).

3.5 Im Bericht der L. _____ Klinik vom 24. April 2017 wurden folgende Diagnosen gestellt (Bf-act. 12):

Aktuelle Diagnose:

Persistierendes tieflumbales bis lumbosakrales Rückenschmerzproblem mi/bei:

- erosiver Osteochondrose MRI 02.09.2015
- Status mikrochirurgischer Dekompression L5/S1 re 09.09.2015

Orthopädische Diagnosen:

Mikrochirurgische Dekompression L5/S1 re mit Rezessotomie und Sequester Entfernung 09.09.2015

Medizinische Diagnosen:

Chronisch erosive Korpus- und Antrumgastritis
Leichte Anstrengungsdyspnoe unklarer Ätiologie
rezidivierender Tinnitus und Hörverlust re
Aethyl- und Nikotin Abusus

Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde festgehalten:

Die Lebensqualität von Hr. A. _____ ist durch starke lumbosakrale Rückenschmerzen stark eingeschränkt. Die Schmerzen sind vor allem nachts am Schlimmsten. Auch besteht eine nur geringe Belastbarkeit. (...).

Ich veranlasse ein neues MRI mit iv. Kontrast mit Frage nach fortschreitender erosiver Osteochondrose. Sollte sich dies bestätigen, wäre Hr. A. _____ theoretisch ein Kandidat für eine ventrale Wirbelkörperperfusion im Sinne eines ALIF's. (...). Zusätzlich ein Magenschutz wegen seiner Anamnese mit Antrum-Gastritis. Nach dem MRI Besprechung und festlegen des weiteren Prozedere.

3.6 Im Bericht der L. _____ Klinik vom 19. Mai 2017 wurden die vorstehenden Diagnosen wiederholt; das MRI vom 5. Mai 2017 habe eine erosive Osteochondrose L5/S1 bestätigt. Die vorbestehende Diskushernie sei praktisch vollständig reseziert. Das kraniale Segment L3/L4 zeige einen Blackdisk (Bf-act. 13).

Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde festgehalten:

Bei Herrn A. _____ bestätigt sich die erosive Osteochondrose L5/S1. (...). Die Indikation zur ventralen Wirbelkörperperfusion kann gestellt werden (...).

3.7 Bei dieser Operationsindikation wurde am 7. Juni 2017 in der L. _____ Klinik eine ventrale Wirbelkörperperfusion L5/S1 durchgeführt und dem Versicherten mit ärztlichem Zeugnis folgende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (Bf-act. 14):

Für Bürotätigkeit: Arbeitsunfähigkeit 100% für acht Wochen ab dem 06.06.2017, dann 50% für vier Wochen. Ab der 13. Woche postoperativ Arbeitsunfähigkeit 0%.

Für körperlich anstrengende Arbeit: Arbeitsunfähigkeit 100% für 12 Wochen ab dem 06.06.2017, dann 50% für vier Wochen. Ab der 17. Woche Arbeitsunfähigkeit 0%.

3.8 Im Bericht der L. _____ Klinik vom 21. August 2017 wurde u.a. ein ausserordentlich erfreulicher Verlauf 8 Wochen nach der obgenannten Operation festgehalten (Bf-act. 15).

3.9 Im Bericht der L. _____ Klinik vom 9. November 2017 wurde bei Status nach

ALIF L5/S1 mit Synfix 7. Juni 2017 eine akute Schmerzexazerbation seit vergangenem Sonntag festgehalten. Auch zwischenzeitlich sei es dem Patienten nicht möglich gewesen, die Wiedereingliederung in das Arbeitsverhältnis komplett abzuschliessen. Kniende Tätigkeiten oder gar Überkopfarbeiten seien für ihn immer noch unmöglich. Das Röntgen LWS a.p. seitlich vom 9. November 2017 zeigte im

Vergleich zur Voraufnahme eine unveränderte, korrekte Implantatlage. Es wurde ein Termin zur MRI Bildgebung der LWS vereinbart (Bf-act. 16).

3.10 Laut dem Bericht der L. _____ Klinik vom 13. November 2017 wurde im MRI vom 10. November 2017 keine Veränderung im Vergleich zum MRI vom 9. Mai 2017 festgestellt. Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde ausgeführt (Bf-act. 17):

Die Schmerzexazerbation wurde verursacht durch 10 Tage arbeiten wieder auf der Baustelle als Gipser. Vorher hatte er eine sehr gute Zeit mit wenig Rückenschmerzen. Inzwischen haben sich die Rückenschmerzen auch wieder etwas gelegt durch die Schmerzmedikation mit Novalgin und Tramadol. Im MRI zeigt sich keine Befundänderung im Vergleich zum Vor-MRI. Als auffälligste Veränderung zeigt sich ein Blackdisc im Anschluss-Segment L4/L5, welcher vorbestehend ist. Keine Neurokompression. Konventionell radiologisch ist der Cage fest.

Offenbar erträgt Herr A. _____ die Belastung auf der Baustelle nicht. Im Büro hatte er vorher als Selbstständiger bereits gearbeitet. Diese Arbeiten hat er gut tolerierbar. Es stellt sich die Frage, ob in Zukunft überhaupt wieder eine Reintegration in den Arbeitsprozess auf der Baustelle realistisch ist. Ich habe ihm empfohlen, wieder mit Physiotherapie zu beginnen und die Schmerzmedikation noch eine Woche weiter zu nehmen. Ich plane eine klinisch/radiologische Jahreskontrolle.

3.11 In der Jahreskontrolle in der L. _____ Klinik vom 18. Juni 2018 wurde ein erfreulicher Verlauf 1 Jahr nach Spondylodese L5/S1 vermerkt, der Patient sei mit seiner Lebensqualität sehr gut zufrieden. Er verspüre einzig Schmerzen, wenn er länger gesessen sei oder aufstehen müsse. Diese würden aber wieder verschwinden, sobald er einige Schritte gelaufen sei. Der körperlichen Belastungen als Gipser sei er nicht mehr gewachsen. Er könne dem aber gut ausweichen und mache das Büro für das eigene Geschäft. An der Front arbeite sein Sohn. Im Alltag sei er mit dem Reiter gut zufrieden (Bf-act. 10).

3.12 Im Bericht der L. _____ Klinik vom 23. Januar 2020 wurden folgende Diagnosen erhoben (Bf-act. 9):

Aktuelle Diagnose:

Passagere Lähmung in beiden Beinen über etwa 1 min dauernd mit/bei:

- MRI LWS vom 16.11.2019: Grosse subligamentäre Diskushernie L1/L2 mit Einengung der Spina ohne massive Kompression des Spinalkanals
- MRI BWS vom 21.11.2019: Diskusprotrusion Th6/Th7 ohne Kompression des Myelons. Der Liquorsaum ist allseits erhalten.
- CT-Schädel vom 16.11.2019: Keine Zeichen einer frischen Ischämie. Atheromatöse Veränderungen an der Carotisbifurkation links mehr als rechts. Kein Gefässverschluss, keine Einblutungen

Orthopädische Diagnosen:

Mikrochirurgische Dekompression L5/S1 re mit Rezessotomie und Sequester Entfernung 06.09.2015

ALIF L5/S1 mit Synfix 07.06.2017

Medizinische Diagnosen:

[identisch wie in E. 3.5 hiervoor]

Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde festgehalten:

Herr A. _____ hatte 4mal eine passagere Lähmung in beiden Beinen bei vollem Bewusstsein. Klinisch zeigt sich eine absolut normale Neurologie. Bei Frau Dr. Kliesch konnte die elektromyografische Untersuchung nicht konklusiv durchgeführt werden, weil er stark verspannt war. Mich erinnern die Symptome an eine Durchblutungsstörung des Rückenmarks. Ich komme darauf, weil er nur passager eine Lähmung zeigt. Dazu passen würde auch, dass die Neurologie absolut normal ist. Die Diskushernie L1/L2 kann solche Symptome meiner Meinung nach nicht hervorrufen. Auch die Diskusprotrusion Th6/Th7 ist zu wenig kompressiv, dass diese dafür verantwortlich gemacht werden könnte. Ich habe noch die MRI Bilder der LWS und der BWS bzgl. einer Aortendissektion angeschaut. Im Bereich der LWS ist die Aorta gut drauf. Dort zeigt er keine Aortendissektion. Auf den MRI der BWS ist diese ungenügend abgebildet.

Wir versuchen den Termin bei Frau Dr. Kliesch für die neurographische Untersuchung vorzuzuschieben. Dazwischen habe ich noch ein MRI des Schädels und der HWS sowie ein MRI der LWS angemeldet. Beim MRI der LWS interessiert mich eine Größenprogredienz der Diskushernie L1/L2, beim MRI des Schädels und der HWS ebenfalls einen kompressiven Prozess. Bei mir sind im Moment keine weiteren Kontrollen vorgesehen. Es handelt sich hier um ein neurologisches Problem. Sollte Frau Dr. Kliesch nicht fündig werden, müsste man sich allenfalls eine stationäre neurologische Abklärung überlegen.

3.13 Nach einer Hospitalisation (vom 20.6.2020 bis 22.6.2020) im Spital Rheinfelden / Gesundheitszentrum G. _____ wurden im Verlegungsbericht vom 22. Juni 2020 folgende Diagnosen gestellt (Bf-act. 21 S. 1 ff.):

1. V.a. Koronare Herzkrankheit, ED 21.06.2020
 - cvRF: pos.FA (Vater mit 25 Jahren Myokardinfarkt); Nikotin (ca. 70 py)
 - aktuell 21.06.2020: NSTEMI
 - Troponin 21.06.2020: 50 ng/l → 6h-Kontrolle: 60 ng/l → Kontrolle bei AP-Beschwerden in der Nacht: Arixtra 2.5 mg 1-0-0, Aspégic 250 mg, Asprin Cardio 100, Atorvastain 80 mg

Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde festgehalten, bei Verdacht auf NSTEMI sei die Aufnahme auf ihre Überwachungsstation erfolgt. In den laborchemischen Kontrollen habe sich die genannte Dynamik gezeigt, jedoch ohne EKG-Veränderungen. In Rücksprache mit den Kollegen der Kardiologie am Universitätsspital J. _____ sei eine Therapie mit Arixtra, Atorvastain und Aspégic erfolgt.

3.14 Im Universitätsspital J. _____ wurde am 23. Juni 2020 bei Indikation eines akuten Koronarsyndroms "mit Troponinerhöhung, mit EKG Veränderung, inferior" eine PTCA mit Stentimplantation durchgeführt (Bf-act. 21 S. 6 ff.).

3.15 Dr.med. F. _____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) erhob am 21. September 2021 folgende Diagnose (Bf-act. 22 S. 1):

ICD 10 F43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion DD: F32.1

In der Beurteilung hielt Dr.med. F._____ eine mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik im Zusammenhang mit den aktuell bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren (Trennung/Scheidung, unklare persönliche Perspektive, somatische Problematik, finanzielle Problematik) fest.

3.16 Im Arzzeugnis des Hausarztes des Versicherten Dr.med. H._____ (Facharzt FMG Innere Medizin und Kardiologie, Brunnen) vom 26. Oktober 2021 wurde die Diagnose: "ICD 10 F43.21 (Dr. F._____) Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion DD: F32.1" gestellt. Der Patient habe im April 2021 erstmals von depressiven Symptomen berichtet, Schlaflosigkeit "Exazerbation" am 6. September 2021. Der Patient sei am 6. September 2021 zu 100% arbeitsunfähig. Ab 7. September 2021 sei er andauernd zu 50% arbeitsunfähig, wobei der Hausarzt anmerkte, die Arbeitsunfähigkeit werde durch Dr. F._____ ausgestellt (KV-act. 2-5f./11).

3.17 Dr.med. F._____ beantwortete am 16. November 2021 die ihm von der Krankenversicherung des Versicherten (O._____) gestellte Anfrage vom 10. November 2021 wie folgt (KV-act. 2-9ff./11):

1. Anamnese und Persönlichkeitsstruktur?

Der 57 Jährige berichtet über eine aktuell belastende Scheidungssituation. In den letzten Wochen zunehmend Antriebslosigkeit, depressive Affektlage, sozialer Rückzug und allgemeine Zustandsverschlechterung.

Seit 6. September 2021 100% Arbeitsunfähigkeit durch Hausarzt attestiert.

Beurteilung:

Mittelgradig ausgeprägte depressive Symptomatik im Zusammenhang mit den aktuell bestehenden psychosozialen Belastungsfaktoren (Trennung/Scheidung, unklare persönliche Perspektive, somatische Problematik, finanzielle Problematik).

2. Gegenwärtige Symptomatik? Nähere Beschreibung der Beschwerden?

Schlaflosigkeit, Grübeln, Affektschwankungen, innere Unruhe, Anspannung, Antriebslosigkeit. Vorwürfe, Schuldgefühle, depressive Affektlage.

3. Wie und wann haben sich die psychischen Beschwerden manifestiert?

Zunehmende Zustandsverschlechterung seit Sommer 2021

4. Befund, Diagnose nach ICD-10-Klassifikation?

Psychostatus:

Bewusstseinsklarer, voll orientierter Patient in reduzierten Allgemein- und psychischen Zustand. Konzentration und Merkfähigkeit reduziert, Langzeitgedächtnis und Auffassung intakt. Im formalen Denken Gedankendrängen und Grübeln. Denken eingengt auf die aktuelle Problematik. Versagens-, Zukunfts- und Existenzängste werden deutlich. Keine Zwänge, Wahnsymptomatik, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Affekt reduziert mit Ratlosigkeit, Affektarmut, Gefühlsleere, herabgesetzten Vitalgefühl und traurig-deprimierter Grundstimmung. Gelegentlich hoffnungslos, gereizt/dysphorisch, innerlich unruhig und angespannt. Unsicherheit, Insuffizienzge-

fühle, Schuldgefühle, Motivationslosigkeit, Affektinkontinenz und Affektlabilität, Ambivalenz, reduzierte Genussfähigkeit und Belastbarkeit werden geäußert. Antrieb reduziert, psychomotorisch unauffällig. Dysnomie mit Ein- und Durchschlafstörungen. Sozialer Rückzug vorhanden, keine akute Suizidalität oder Selbstbeschädigung.

Diagnose:

ICD 10 F43.21 Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion DD: F32.1

5. Wie beurteilen Sie das Ausmass der bisherigen und der zukünftigen Arbeitsunfähigkeit?

Ab 12. September 2021 50% Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Der Patient profitiert von der Restarbeitsfähigkeit um sich abzulenken, eine geeignete Tagesstruktur aufrechtzuerhalten und Selbstwirksamkeit zu erfahren. Diese Arbeitsfähigkeit kann jedoch nur knapp aufrechterhalten werden. Die Leistung ist reduziert. Im Rahmen des aktuell instabilen Zustandsbildes erscheint die Prognose betreffend der Steigerung seiner Arbeitsfähigkeit in den nächsten Wochen ungünstig. Mittelfristig ist von einer günstigen Prognose auszugehen

6. Falls die Arbeitsunfähigkeit andauert, wie ist Ihre Prognose bezüglich einer teilweisen bzw. vollständigen Arbeitsfähigkeit?

Bei günstigem Verlauf wäre die volle Arbeitsfähigkeit in den Frühlingsmonaten 2022 zu erwarten.

7. Welche medizinischen Befunde verunmöglichen eine teilweise/vollständige Arbeitsaufnahme? Sind allenfalls andere Gründe für die Arbeitsunfähigkeit vorhanden (...)?

Die Arbeitsunfähigkeit ist aus rein medizinischen/psychiatrischen Gründen, siehe Psychostatus.

8. Welche Therapien wurden bisher durchgeführt? Welche Medikamente wurden verschrieben?

Störungsspezifische psychiatrische Behandlung gemäss den aktuell geltenden Behandlungsrichtlinien für Depression. Trittico 150 mg/Tag. Relaxane bei Bedarf.

Aktuell ist eine Hospitalisation in der Klinik M. _____ geplant. Die Anmeldung ist bereits erfolgt.

9. Welche weiteren Sitzungsfrequenzen sind vorgesehen? Dauer einer Sitzung?

Sitzungsfrequenz 2/Monat, Sitzungsdauer 60-75 Minuten

10. Bisheriger Heilverlauf und erzielter Erfolg?

Seit Behandlungsbeginn ist keine weitere Zustandsverschlechterung eingetreten. Das Zustandsbild bleibt jedoch instabil und dementsprechend ist eine Hospitalisation geplant. (...).

3.18 Im Austrittsbericht der N. _____ Klinik vom 15. Dezember 2021 (1. Hospitalisation vom 8.12.2021 bis 16.12.2021) wurden folgende Diagnosen gestellt (KV-act. 2-2ff./11 = Bf-act. 22 S. 2 ff.)

Psychiatrische Diagnose/n nach ICD 10

1. Hauptdiagnose: F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
2. Nebendiagnose: F10.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch

3. Nebendiagnose: F17.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom

Somatische Diagnose/n

- Arterielle Hypertonie
- LWS-Syndrom (Lumboischialgie)

In der Beurteilung wurde zusammenfassend ausgeführt, aufgrund akuter Suizidalität unter Alkoholeinfluss sei es zu einer Zuweisung per ärztlichem FU durch das Spital Schwyz gekommen. Nach einer kurzen stationären Krisenintervention habe der Patient entlassen werden können. Prognostisch wichtig sei Alkoholkarenz und die zeitnahe Anbindung an die ambulante psychotherapeutische Behandlung.

3.19 Der beratenden Arzt der O._____, P._____ bescheinigte am 18. Januar 2022, die bisherige und aktuell attestierte Arbeitsunfähigkeit sei nachvollziehbar und die aktuellen Behandlungen/Therapien/Medikamente seien fachgerecht. Der Versicherte werde seine angestammte Tätigkeit voraussichtlich wieder aufnehmen können; Wiedereingliederungs- oder Umschulungsmassnahmen seien nicht nötig. Aus medizinischer Sicht schlug P._____ keine weitere Massnahmen vor; eine erneute Vorlage des Falles erachtet er als sinnvoll. Seine Einschätzung zur Prognose der Arbeitsunfähigkeit lautete auf 100% während 3 Monaten ab Beurteilungsdatum (KV-act. 2-8/11).

3.20 Im Bericht des Röntgeninstituts Q._____ vom 31. Januar 2022 wurde die aktuelle MRI LWS- Untersuchung (nativ und mit i.v. KM) wie folgt beurteilt (Bf-act. 7):

Im Vergleich zur Voruntersuchung [MRI LWS vom 16.11.2019] zeigt sich eine Abnahme der Bandscheibenhernie auf Segmenthöhe L1-L2 ohne Hinweis auf eine Duralsack- oder Nervenwurzelkompression.

Stationäre Bandscheibenprotrusionen auf Segmenthöhe L2-L3 und L4-L5 ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression.

Status nach Bandscheibenersatz L5-S1 mit stationären narbigen Veränderungen recessal rechts und einem Nervenwurzelkontakt S1 rechts.

3.21 Im Bericht der L._____ Klinik vom 14. März 2022 wurden folgende Diagnosen erhoben (Bf-act. 6):

Aktuelle Diagnose:

Seit September 2021 starke belastungsabhängige Flankenschmerzen rechts mit Ausstrahlung in die rechte Trochanter Region mit/bei:

- Im MRI vom 31.01.2022 kein klares pathologisch/anatomisches Korrelat
- neurologisch absolut unauffällig
- Sonografie der Nieren ohne pathologisch/anatomisches Korrelat
- Status nach mikrochirurgischer Dekompression L5/S1 rechts 09.09.2015
ALIF L5/S1 07.06.2017

Orthopädische Diagnosen:

[identisch wie in E. 3.12 hiervor]

Medizinische Diagnosen:

[identisch wie in E. 3.5 und in E. 3.12 hiervor]

Unter 'Grund der Konsultation' wurde festgehalten:

Zuweisung durch seinen Hausarzt Dr. H. _____ wegen oben genanntem Problem. Herr A. _____ bekämpft seit September 2021 mit Flankenschmerzen rechts, welche belastungsabhängig sind. Deshalb ist es auch vom 6.9. bis 08.12.2021 zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Ab 08.12.2021 bis 01.03.2022 bestand eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Seit März 2022 arbeitet er wieder zu 50% im Büro. Auf der Baustelle beginnen sofort Rückenschmerzen, vor allem wenn er 2 h Gips aufziehen muss. Im Büro kann er die Arbeiten gut einteilen. (...).

Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde festgehalten:

Die seit September 2021 bestehenden Flankenschmerzen können keinem klaren pathologisch/anatomischen Korrelat zugeordnet werden. Flankenschmerzen sind eigentlich nicht typisch, dass sie von der Lendenwirbelsäule herkommen. In der Sonographie wurde zwar etwas Kleines in der Niere entdeckt, dies sei aber absolut harmlos. Die Tatsache, dass die Schmerzen belastungsabhängig sind, sprechen für ein Problem im Bewegungsapparat. MR-tomografisch zeigten sich keine schweren degenerativen Veränderungen und insbesondere keine Kontrastmittelanreicherungen. Die Trochanterschmerzen bei forciert Flexion/Innenrotation in der rechten Hüfte, können schon der Hüfte zugeordnet werden. Radiologisch sieht die Hüfte aber altersentsprechend noch gut aus.

Ein vernünftiges Therapiekonzept zu erarbeiten ist schwierig. Physiotherapie hat nichts gebracht. Allenfalls können die Facettengelenke L1-L5 auf der rechten Seite infiltriert werden. Er hatte dies auch schon, die Infiltration wirkt jeweils für 3 Monate. Falls er eine solche Infiltration wünscht, würde er sich wieder bei uns melden.

3.22 Im Austrittsbericht des G. _____ vom 29. April 2023 (Hospitalisation vom 16.4.2023 bis 21.4.2023 mit Infiltration Facettengelenk L3-S1 und ISG rechts unter BV21.4.2023 [Bf-act. 5]) wurden folgende Diagnosen erhoben (Bf-act. 4):

Diagnose:

1. Akute Lumbago, ED 16.04.2023 mit/bei
 - mediolateraler Diskushernie L5/S1 rechts, ED unbekannt
 - St.n. mikrochirurgischer Dekompression L5/S1 rechts 09/2015
 - St.n. Spondylodese (ALIF) L4/5 2017
 - ca. 2-3x/Jahr rezidivierend (zuletzt 01/2023, 08/2022, 11/2021); aktuell 04/23: erneute Exazerbation
 - St.n. multiplen Infiltrationen, zuletzt ca. 11/2022 (Spital Schwyz)
 - 21.04.2023: Infiltration Facettengelenk L3-S1 und ISG rechts unter BV von Dr. Lehmann
2. Koronare 1 -Gefässerkrankung, ED 06/2020
 - St.n. NSTEMI 06/2020
 - PTCA 06/2020; erfolgreiche PTCA mit Stentimplantation mittlere ACD
 - Laufband-Ergometrie 04/2021: 9.8 METs/ 107% Soll: klinisch und elektrokardiographisch keine Progression der KHK

- TTE 04/2021: Konzentrische LV Hypertrophie, LVEF 60-65%, Relaxationsstörung leichte LA Dilatation, keine relevanten Herzklappenvitien, keine pulmonal arterielle Hypertonie
 - cvRF: positive FA (Vater mit MI mit 35 J.), Nikotinkonsum (70 py), Hypercholesterinämie
3. Obstruktives Schlafapnoesyndrom, ED 10/2022
 4. St.n. depressiven Episoden, ED unbekannt
 - psychosoziale Belastung 04/2021: Scheidung/depressive Episode/Schlafstörung
 - schwere depressive Episode 12/2021
 - St.n. zweifachem Suizidversuch (anamnest.)
 5. Benigne Prostatahyperplasie, ED 04/2021
 - 04/2021: Restharn < 50ml, PSA 0.79 ug/l
 6. Arteriosklerose der Carotisarterien bds, Bifurktion ca. 30%, links> rechts, ED 04/2021
 7. V.a. Migräne, ED 08/2022
 8. Allergien: keine bekannt
- 9. Nebendiagnosen**
- Aktenanamnestisch rezidivierender Tinnitus und Hörverlust rechts
 - Unkomplizierte Nierenzyste links (Bosniak I), ED 04/2021
 - Persistierender Nikotinabusus
 - 2 pack/d, kumulativ 80 py

Unter 'Anamnese' wurde festgehalten:

Die notfallmässige Zuweisung des Patienten durch den Rettungsdienst erfolgte aufgrund von immobilisierenden Rückenschmerzen. (...)

Unter 'Beurteilung und Verlauf' wurde festgehalten:

Bei bereits bekannten Beschwerden veranlassten wir eine Vorstellung bei unserem Wirbelsäulenspezialisten, Herrn Dr. Lehmann, welcher eine immobilisierende und detonisierende Behandlung des Beckens sowie Infiltration der iliosakralen Bänder und der Kapsel des Iliosakralgelenks und der muskulären Schmerzpunkte mit Naropin 0,2 % durchführte.

Bei ausbleibender Beschwerdebesserung durch die durchgeführten Massnahmen, erfolgte am 21.04.2023 eine Infiltration der Facettengelenke L3-S1 und ISG rechts. Daraufhin zeigte sich eine Besserung der Beschwerden.

3.23 Das G. _____ attestierte dem Versicherten am 16. April 2023 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 16. April 2023 bis 22. April 2023 (Bf-act. 1).

3.24 Dr.med. H. _____ bescheinigte dem Versicherten am 27. April 2023 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 23. April 2023 bis 8. Mai 2023 und am 8. Mai 2023 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Mai 2023 bis 31. Mai 2023 (Bf-act. 2 f.).

4.1 Aus der dargelegten medizinischen Aktenlage ergibt sich, dass dem Versicherten nach der am 9. September 2015 durchgeführten mikrochirurgischen Dekompression L5/S1 re mit Rezessotomie und Sequester Entfernung seitens der L. _____ Klinik für Bürotätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% für 4 Wochen ab dem 8. September 2015, dann 50% für 2 Wochen bescheinigt wurde und für körperlich anstrengende Arbeiten eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% für 6 Wochen ab dem 8. September 2015, dann 50% für 2 Wochen (E. 3.2 hiervor).

Nach der am 7. Juni 2017 durchgeführten ventralen Wirbelkörperfusion L5/S1 wurde dem Versicherten von der L. _____ Klinik für Bürotätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% für 8 Wochen ab dem 6. Juni 2017, dann 50% für 4 Wochen attestiert und für körperlich anstrengende Arbeiten eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% für 12 Wochen ab dem 6. Juni 2017, dann 50% für 4 Wochen (E. 3.7 hiervor).

Bezüglich den im Bericht der L. _____ Klinik vom 23. Januar 2020 festgehaltenen, viermal aufgetretenen, passageren (ca. 1 Minute dauernden) Lähmungen in beiden Beinen (E. 3.12 hiervor) finden sich keine Unterlagen zu den Ergebnissen der darin anberaumten (neurologischen) Untersuchungen und den allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Da der Versicherte indes selber nicht geltend macht, hieraus habe eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit resultiert, kann nicht davon ausgegangen werden, dass diese - in der medizinischen Aktenlage hernach nicht mehr erwähnte - Symptomatik zu einer (längerfristige) Arbeitsunfähigkeit geführt hat. Gleichermassen verhält es sich hinsichtlich des am 23. Juni 2020 im Universitätsspital J. _____ behandelten Herzinfarkts (E. 3.13 f. hiervor). Auch aufgrund dieser gesundheitlichen Problematik wird weder eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert noch eine solche vom Versicherten geltend gemacht.

Hernach wurde dem Versicherten am 26. Oktober 2021 von Dr.med. H. _____ (E. 3.16 hiervor) resp. am 16. November 2021 von Dr.med. F. _____ (E. 3.17 hiervor) aufgrund einer depressiven Symptomatik ab 6. September 2021 eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% und ab dem 7. September 2021 resp. ab dem 12. September 2021 eine Arbeitsunfähigkeit zu 50% bescheinigt, wobei gemäss Dr.med. F. _____ bei günstigem Verlauf die volle Arbeitsfähigkeit in den Frühlingsmonaten 2022 zu erwarten war. Nach der stationären Behandlung in der Klinik N. _____ (vom 8.12.2021 bis 16.12.2021) prognostizierte der beratenden Arzt der O. _____, P. _____ am 18. Januar 2022 eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% während 3 Monaten ab Beurteilungsdatum (E. 3.19 hiervor), womit aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab 6. September 2021 bis 11. September 2021, eine Arbeitsunfähigkeit zu 50% ab 12. September 2021 bis

7. Dezember 2021 und wiederum eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab 8. Dezember 2021 bis 18. April 2022 resultiert.

Im Wesentlichen denselben Zeitraum beschlagend wurde dem Versicherten im Bericht der L. _____ Klinik vom 14. März 2022 wegen belastungsabhängigen Flankenschmerzen eine Arbeitsunfähigkeit zu 50% ab 6. September 2021 bis 8. Dezember 2021 attestiert und danach eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab 8. Dezember 2021 bis 31. März 2022 (E. 3.21 hiervor).

Nach der notfallmässigen Zuweisung ins G. _____ aufgrund von immobilisierenden Rückenschmerzen am 16. April 2023 wurde dem Versicherten schliesslich eine Arbeitsunfähigkeit zu 100% ab 16. April 2023 bis 31. Mai 2023 bescheinigt (E. 3.22 ff. hiervor).

4.2 Aufgrund dieser ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten erweist sich die Beurteilung der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2023 als zutreffend, dass dem Versicherten im Verfügungszeitpunkt kein Anspruch auf eine Rente entstanden sein konnte. Da der Versicherte zu diesem Zeitpunkt nicht während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen ist, war die Anspruchsvoraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt (vgl. E. 1.4.1 hiervor). Hieran vermögen auch die im Verlaufsprotokoll vom 3. Januar 2023 festgehaltenen vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten im September 2022 wegen Rückenbeschwerden und einer gespaltenen Fingerspitze (vgl. IV-act. 14-4/5) grundsätzlich nichts zu ändern, weshalb für vorliegendes Verfahren unerheblich ist, dass dazu keine ärztlichen Berichte aktenkundig sind.

Soweit sich der Versicherte mit seiner Beschwerde vom 17. Mai 2023 gegen die Nicht-Zusprache einer Rente richtet, erweist sich die Beschwerde daher als unbegründet und ist abzuweisen.

4.3 Gemäss den aufgelegten Attesten wurde für den Versicherten ab dem 16. April 2023 eine Arbeitsunfähigkeit bis 31. Mai 2023 bescheinigt (vgl. E.23 f.). Der Versicherte machte in seiner Beschwerde vom 17. Mai 2023 eine Arbeitsunfähigkeit auf unbestimmte Zeit geltend. Der weitere Verlauf der ärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeit ist nicht aktenkundig. Dessen ungeachtet ist die Eingabe jedoch als Neuanmeldung zu qualifizieren und zuständigkeitshalber der IV-Stelle zur Prüfung weiterzuleiten, sofern die IV-Stelle nicht bereits entsprechende Abklärungen aufgenommen haben sollte.

Hinsichtlich der in der Beschwerde vom 17. Mai 2023 behaupteten, weiteren Arbeitsunfähigkeit "im Dezember und Januar 2022 und 2023" finden sich im Austrittsbericht des G. _____ vom 29. April 2023 im vierten und fünften Lemma der

Diagnoseliste Ziff. 1 immerhin Hinweise darauf, dass im November 2022 im Spital Q. _____ eine erneute Infiltration stattgefunden hat und es u.a. auch im Januar 2023 zu einer Exazerbation der akuten Lumbago gekommen ist (vgl. E. 3.22 hier- vor). Entsprechende Arztberichte bzw. Arbeitsunfähigkeitsatteste sind nicht akten- kundig. Darüber hinaus kann mit den Ausführungen der IV-Stelle in ihrer Vernehm- lassung vom 26. Juni 2023 indes davon ausgegangen werden, dass zwischen ei- ner - durch die Aktenlage nicht konkret erhärteten - Arbeitsunfähigkeit des Versi- cherten im Dezember 2022 und Januar 2023 und der aktenkundigen Arbeitsun- fähigkeit ab dem 16. April 2023 wiederum eine wesentliche Unterbrechung der Wartezeit im Sinne von Art. 29^{ter} IVV stattgefunden hat resp. hätte (vgl. E. 1.4.1 hiervor). Dies kann für vorliegendes Verfahren indes offenbleiben.

5.1 In der angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2023 hat die IV-Stelle mit Hin- weis auf ihre Abklärungen im Weiteren auch einen Anspruch auf berufliche Mass- nahmen verneint. Seit dem 6. September 2021 habe eine Arbeitsunfähigkeit vor- gelegen. Seit ungefähr Ende März 2022 bestehe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit und der Versicherte habe eine angepasste Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber zum unveränderten Lohn wiederaufnehmen können; Berufliche Massnahmen seien somit keine angezeigt.

5.2 Der vorstehend wiedergebenden, medizinischen Aktenlage (E. 3.1 ff.) ist zu entnehmen, dass der Versicherte nach der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit im damals eigenen Geschäft im Januar 2016 - im Anschluss an die am 9. Septem- ber 2015 durchgeführte mikrochirurgische Dekompression L5/S1 re mit Rezesso- tomie und Sequester Entfernung - nicht mehr gleich viel tragen konnte und ab 10 kg den Rücken doch beträchtlich spürte (E. 3.4 hiervor). Im Bericht der L. _____ Klinik vom 24. April 2017 wurde hernach eine nur geringe Belastbar- keit festgehalten (E. 3.5 hiervor). Nach der Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit - im Anschluss an die am 7. Juni 2017 durchgeführte ventrale Wirbelkörperfusion L5/S1 - wurde in den Berichten der L. _____ Klinik vom 9./13. November 2017 eine akute Schmerzexazerbation, "verursacht durch 10 Tage arbeiten auf der Bau- stelle als Gipser" vermerkt und festgehalten, der Versicherte ertrage die Belastung auf der Baustelle offenbar nicht (mehr); es stelle sich die Frage, ob eine Reinte- gration in den Arbeitsprozess auf der Baustelle in Zukunft überhaupt wieder rea- listisch sei (E. 3.9 f. hiervor). In der Jahreskontrolle vom 18. Juni 2018 erachtete sich der Versicherte den körperlichen Belastungen als Gipser nicht mehr gewach- sen; er könne dem aber gut ausweichen und mache das Büro für das damals ei- gene Geschäft (E. 3.11 hiervor). Im Bericht der L. _____ Klinik vom 14. März 2022 wurden die Flankenschmerzen rechts als belastungsabhängig bezeichnet. Seit März 2022 arbeite er wieder zu 50% im Büro. Auf der Baustelle würden sofort

Rückenschmerzen beginnen, vor allem wenn er 2 Stunden Gips aufziehen müsse. Im Büro könne er die Arbeiten gut einteilen (E. 3.21 hiervor).

5.3 In der IV-Anmeldung vom 24. Januar 2022 hat der Versicherte angegeben, seit dem 1. Februar 2020 als Gipservorarbeiter im Betrieb seines Sohnes zu arbeiten und dabei ein Bruttoeinkommen von monatlich Fr. 5'600.-- zu erzielen (IV-act. 4-6/11).

Im telefonisch geführten Erstgespräch vom 14. Februar 2022 gab er an, bisher für seinen Sohn 30-50% Büroarbeit erledigt zu haben und 50-70% als Vorarbeiter auf den Baustellen gewesen zu sein. Er könne vermehrt Büro machen und Arbeiten für den Sohn übernehmen (Bausitzungen etc.), müsste dafür aber die Fahrprüfung nochmals absolvieren um den ihm vor über 23 Jahren (wegen mehreren massiven Übertretungen der Geschwindigkeitsgrenzen) entzogenen Führerausweis wieder zu erlangen. Sein Sohn stelle in Aussicht, dass er die erweiterten Aufgaben übernehmen dürfe, wenn er das Billett habe (IV-act. 14-2/5).

Im persönlich geführten Erstgespräch vom 10. März 2022 gab der Versicherte u.a. an, während 24 Stunden eine Hüftmanschette zu tragen, da sonst die Schmerzen zu intensiv wären. Er habe zu 100% als Gipservorarbeiter gearbeitet; er arbeite wieder 50%, hauptsächlich im Büro und in der Lehrlingsbetreuung (Lernunterstützung). Er möchte die Arbeit weiter ausbauen. Sein Arbeitgeber sei sein Sohn und dieser möchte, dass er weitere Bürotätigkeiten und Arbeiten für ihn übernehmen solle, z.B. Baubesprechungen. Dafür benötige er aber wieder den Führerausweis. Der Versicherte würde es begrüßen, wenn die IV einen Kurs (wie Fassaden/Aussendämmung oder Brandschutz) mitfinanzieren würde, um seine Fähigkeiten auf dem Beruf weiter in Richtung Büro und Beratung und weg von der Baustelle zu entwickeln. Es wurde vereinbart, dass der Versicherte die Offerte für den Kurs nach Rücksprache mit dem Sohn an die IV-Stelle sende, welche prüfe, ob die Kosten durch die IV im Rahmen von FI übernommen werden könnten. Die Finanzierung des Führerausweises übernehme der Versicherte selber; er gebe der IV-Stelle Rückmeldung betreffend die Fahrerlaubnis (IV-act. 14-2f./5).

Beim Telefonkontakt der IV-Stelle mit dem Sohn und Arbeitgeber des Versicherten vom 30. März 2022 gab dieser u.a. an, die Ansichten aus dem Gespräch mit dem Versicherten zu teilen, was die Arbeit angehe. Der Arbeitgeber unterstütze den Wiedereinstieg und könne ihm für die 50%-ige Arbeitsfähigkeit Arbeiten geben. Eine Aufstockung wäre für den Arbeitgeber denkbar um ihn weiter zu entlasten. Dabei sei aber auch die Fahrfähigkeit von Nöten, selbständig an Bausitzungen gehen zu können oder andere kleinere Arbeiten zu erledigen (z.B. Baumaterialien mit dem Fahrzeug abholen gehen). Auch eine Weiterbildung im Bereich Sicherheit

(Dämmungen etc.) würde für den Arbeitgeber ein zusätzliches Einsatzgebiet und Möglichkeiten für eine Erhöhung des Pensums schaffen (IV-act. 14-3f./5).

Beim Telefonkontakt der IV-Stelle mit dem Versicherten vom 20. Juni 2022 gab dieser u.a. an, seit ca. Ende März wieder voll arbeitsfähig zu sein, hauptsächlich im Büro, aber auch auf Baustellen. Aktuell sei er mit dem öffentlichen Verkehr unterwegs, was auf Dauer jedoch keine Lösung sei, weswegen er demnächst den Antrag auf Erhalt des Führerausweises beim Verkehrsamt einreichen werde. Sein Lohn sei unverändert, der Arbeitgeber (Sohn) komme ihm entgegen. Sobald er wieder Auto fahren dürfe, wolle er die Kurse besuchen. Es wurde vereinbart, den Entscheid des Verkehrsamtes abzuwarten (IV-act. 14-4/5).

Beim nächsten Telefonkontakt vom 13. September 2022 gab der Versicherten u.a. an, vor 2 Wochen wegen Rückenbeschwerden voll arbeitsunfähig gewesen zu sein. Am Vortag habe er einen Unfall erlitten, bei welchem seine Fingerspitze an der rechten Hand gespalten worden sei, so dass er wiederum voll arbeitsunfähig sei. Vom Verkehrsamt habe er noch keinen Entscheid. Er habe bereits zwei Kurse (Planung) besucht und finanziert. Er wolle keine finanzielle Unterstützung von der IV. Der Versicherte werde die IV informieren, sobald er vom Verkehrsamt Bescheid erhalte. Er möchte bis zur Pensionierung bei seinem Sohn arbeiten, so gut und so viel wie möglich (IV-act. 14-4/5).

Beim letzten Telefonkontakt vom 21. Dezember 2022 gab der Versicherten u.a. an, seit ca. anfangs Oktober 2022 wieder 100% zu arbeiten, 50% im Büro und 50% draussen auf der Baustelle (Bausitzungen, Ausmessungen). Sein Sohn nehme Rücksicht auf seinen Rücken. Der Lohn sei nicht angepasst worden. Im März 2023 plane der Versicherte eine Weiterbildung in Richtung Bauherrenbetreuung zu absolvieren. Sein Ziel sei, bis zur Pensionierung nur noch in der Bauleitung tätig zu sein. Zur Wiedererlangung des Führerscheins müsse er den ganzen Prozess durchlaufen. Er könne ca. anfangs Februar 2023 die Theorieprüfung machen (IV-act. 14-4/5).

5.4 Insgesamt vermitteln die Arztberichte, welche sich zur körperlichen Belastbarkeit des Versicherten äussern (vgl. E. 5.2 hiervor), den Eindruck, dass der Versicherte den Belastungen eines Gipsers auf der Baustelle bereits seit längerer Zeit nicht mehr im vollen Ausmass gewachsen ist. Dieser Ansicht scheint auch die IV-Stelle zu sein, soweit sie in der angefochtenen Verfügung vom 9. Mai 2023 festgehalten hat, der Versicherte habe eine angepasste Tätigkeit beim bisherigen Arbeitgeber wiederaufnehmen können - ohne sich indes konkret zur Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Versicherten zu äussern und grösstenteils ohne überhaupt Kenntnis der einschlägigen medizinischen Aktenlage gehabt zu

haben (vgl. dazu E. 3.1 ff. versus IV-act. 1-18 und KV-act. 1-2) und ohne eine Beurteilung / Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) dazu eingeholt zu haben.

5.5 Die Darstellung des Versicherten in der Beschwerde vom 17. Mai 2023, dass sich seine Tätigkeiten im Gipserunternehmen seines Sohnes seit zwei Jahren nur noch auf leichte Tätigkeiten und diverse Büroarbeiten beziehen, korrespondiert denn auch - jedenfalls für den vorliegend interessierenden Zeitraum ab der IV-Anmeldung im Januar 2022 - mit den von der IV-Stelle protokollierten Angaben des Versicherten, wonach er seit März 2022 vermehrt Büro mache und (körperlich leichte) Arbeiten übernehme, wie etwa Bausitzungen resp. -besprechungen, Lehrlingsbetreuung oder Ausmessungen auf Baustellen. Seine Behauptung, dass die 'Anstellungsquote' hierfür 30% betrage, steht dagegen im Widerspruch zu seinen Angaben gegenüber der IV-Stelle, wonach er seit Ende März 2022 wieder voll arbeitsfähig gewesen sei und - nach einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit im September 2022 - seit ca. Anfang Oktober 2022 wieder 100% (50% im Büro und 50% draussen auf der Baustelle [Bausitzungen, Ausmessungen]) gearbeitet habe, und sein Lohn unverändert geblieben sei (vgl. E. 5.3 hiavor).

Andererseits kommt der Gipserbetrieb seines Sohnes dem Versicherten offenbar in erheblicher Weise entgegen, indem er bei der Arbeitszuteilung auf seine gesundheitlichen Probleme Rücksicht nimmt und trotz dessen reduzierten Leistungsfähigkeit als Gipser den Versicherten in einem vollen Pensum weiterbeschäftigt und keine Lohnanpassungen vorgenommen hat. Vor dem Hintergrund, dass der Sohn des Versicherten am 30. März 2022 gegenüber der IV-Stelle angegeben hat, dass er dem Versicherten für dessen Arbeitsfähigkeit von 50% Arbeiten geben könne und eine mögliche Erhöhung des Pensums in Abhängigkeit zur Wiedererlangung des Führerausweises sowie der Erarbeitung zusätzlicher Einsatzgebiete durch Weiterbildungen (im Bereich Sicherheit, Dämmungen etc.) gesetzt hat, scheint die Wiederbeschäftigung des Sohnes ab ca. Anfang April 2022 in einem vollen Pensum und bei unverändertem Lohn wesentlich durch soziale resp. familiäre Motive geprägt.

Auch im Zeitpunkt des offenbar letzten Kontakts zwischen der IV-Stelle und dem Versicherten am 21. Dezember 2022 - welche gemäss der Aktenlage wohl das Ende der Abklärungen der IV-Stelle darstellten (vgl. IV-act. 14-5/5, 15-2/3), auf welche die angefochtene Verfügung vom 9. Mai 2023 schliesslich abstellte - war noch immer weitgehend offen, ob und wann der Versicherte den Führerausweis wiedererlangen würde. Auch über die vom Versicherten bis dahin im Sinne einer Weiterbildung absolvierten und künftig noch geplanten Kurse finden sich sodann bloss summarische Angaben.

5.6 Im Ergebnis erscheint der Fallabschluss bezüglich beruflicher Massnahmen verfrüht. Der Darstellung in der angefochtenen Verfügung, wonach berufliche Massnahmen nicht angezeigt seien, steht einerseits entgegen, dass die IV-Stelle grundsätzlich selber von einer - indes lediglich rudimentär abgeklärten - Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Versicherten ausgegangen ist (E. 5.4 hiervor) und andererseits anlässlich des persönlich geführten Erstgesprächs vom 10. März 2022 auch selber in Aussicht gestellt hat, die Kostenübernahme für Kurse zu prüfen, welche die Übernahme weiterer angepassten Tätigkeiten im Betrieb seines Arbeitgebers erleichtern resp. ermöglichen sollten.

Alleine die protokollierte Angabe aus dem Telefongespräch vom 13. September 2022, dass der Versicherte keine finanzielle Unterstützung von der IV wolle, vermag die IV-Stelle nicht von dieser in Aussicht gestellten Kostenübernahmeprüfung für mögliche eingliedernde Massnahmen zu entbinden. Der Versicherte hat sich zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet und diese Anmeldung nicht telefonisch zurückgezogen; entsprechendes wird auch von der IV-Stelle nicht behauptet. Zudem hat der Versicherte anlässlich des Erstgesprächs vom 10. März 2022 auch explizit um die Mitfinanzierung eines Kurses ersucht, um seine Fähigkeiten auf dem Beruf weiter in Richtung Büro und Beratung zu entwickeln, was denn auch einer der Anforderungen entspricht, welche gemäss dem Arbeitgeber des Versicherten Möglichkeiten für eine Pensumserhöhung schaffen könnte.

5.7 Soweit sich die Beschwerde vom 17. Mai 2023 dagegen richtet, dass in der angefochtenen Verfügung darauf erkannt wurde, dass keine beruflichen Massnahmen angezeigt seien, erweist sich die Beschwerde nach dem Gesagten als begründet und ist insoweit gutzuheissen, dass die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen ist, damit sie die erforderlichen und die in Aussicht gestellten, sachbezogenen Abklärungen zur Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen vornimmt und anschliessend neu entscheidet.

6. Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) von insgesamt Fr. 500.-- je zur Hälfte (Fr. 250.--) dem Beschwerdeführer und der IV-Stelle auferlegt.

Eine Parteientschädigung wird nicht beanwalteten Beschwerdeführern praxisgemäss nicht zugesprochen (vgl. VGE III 2019 33 vom 25.9.2019 E. 8.3).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird insoweit gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung bezüglich der Abweisung beruflicher Massnahmen aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie die erforderlichen und die in Aussicht gestellten, sachbezogenen Abklärungen zur Prüfung des Anspruchs auf Eingliederungsmassnahmen vornehmen und als dann neu entscheiden kann.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und je zur Hälfte (Fr. 250.--) dem Beschwerdeführer und der Vorinstanz auferlegt. Diese Kosten werden so abgewickelt, dass das Gericht den vom Beschwerdeführer bezahlten Kostenvorschuss von Fr. 500.-- einbehält und ihm Fr. 250.-- durch die IV-Stelle zu bezahlen sind.

3. Es wird keine ausserrechtliche Entschädigung zugesprochen.

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

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

5. Zustellung an:
 - den Beschwerdeführer (R)
 - die Vorinstanz (R, unter ausdrücklichem Hinweis auf E. 4.3)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. September 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

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

Versand: 16. Oktober 2024