

SO_GERICHTE VSBES.2024.214 vom 13. Oktober 2025

SO Obergericht, 2025-10-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2024.214_d20251013

FR: SO_GERICHTE VSBES.2024.214 du 13 octobre 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2024.214 del 13 ottobre 2025

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) verneinte mit Verfügung vom 28. August 2023 einen Anspruch des Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführer), geb. [...], auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Invalidenrente, da es ihm wieder möglich sei, die bisherige Tätigkeit als Informatiker / IT-Supporter ohne Leistungseinschränkung auszuüben und so ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (IV-Akten / IV-Nr. 30). 1.2 Der Beschwerdeführer gelangte mit dem als «Einwand gegen Vorbescheid vom 12.06.23» betitelten Schreiben vom 30. August 2023 an die Beschwerdegegnerin und verlangte sinngemäss, der Sachverhalt sei weiter abzuklären (IV-Nr. 32). Die Beschwerdegegnerin leitete diese Eingabe an das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) weiter (IV-Nr. 33). 1.3 Nachdem sich der Beschwerdeführer am 19. September 2023 geäussert hatte (IV-Nr. 37 S. 2), schrieb die Präsidentin des Versicherungsgerichts das Verfahren mit Beschluss VSBES.2023.209 vom 26. September 2023 als gegenstandslos ab, da das Schreiben vom 30. August 2023 nicht als Beschwerde gegen die Verfügung vom 28. August 2023 zu betrachten sei (IV-Nr. 37 S. 3 ff.). Das Bundesgericht hob diesen Beschluss indes mit Urteil 8C_693/2023 vom 6. August 2024 auf und wies die Sache zurück an das Versicherungsgericht, damit dieses – allenfalls nach Gewährung einer Nachfrist – auf die Eingaben des Beschwerdeführers vom 30. August und 19. September 2023 eintritt und die Angelegenheit materiell beurteilt (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoß gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 %

arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). 2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Arbeitsunfähigkeit wiederum ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 ATSG). 2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.). Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Der Regionale Ärztliche Dienst der Invalidenversicherung (fortan: RAD) kann einerseits die versicherte Person gemäss Art. 49 Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) selber untersuchen und andererseits, ohne eigene Befunde zu erheben, die Arztberichte in den Akten im Sinne von Art. 49 Abs. 1 IVV medizinisch würdigen (Urteil des Bundesgerichts 8C_342/2023 vom 7. Dezember 2023 E. 5.7.2). Diesfalls vermag ein RAD-Bericht lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 64 f.). Ein medizinischer Aktenbericht ist im Übrigen beweistauglich, wenn die Akten einen vollständigen Überblick über Anamnese,

Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit die berichterstattende Person imstande ist, sich auf Grund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 9C_127/2021 vom 4. November 2021 E. 2.2.2). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470).

2.4 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E).

E. 3.1

3.1.1 Gemäss den vorliegenden Arztzeugnissen war der Beschwerdeführer wegen einer Diskushernie wie folgt arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 6 S. 3 ff. / Nr. 20 / Nr. 21 S. 2 ff.):

3.1.2 Anlässlich des Intake-Gesprächs vom 17. Oktober 2022 (IV-Nr. 11) klagte der Beschwerdeführer über permanent starke und positionsunabhängige Rückenschmerzen. Liegend gehe es ihm am besten. Sitzen sei ebenfalls recht gut, wenn er sich immer wieder ein bisschen umpositionieren könne. Das Aufstehen bereite Schwierigkeiten. Gehen sei mit Pausen während maximal fünf bis zehn Minuten möglich. Er sei in seiner Mobilität stark eingeschränkt. Ausserdem leide er schon seit 2010 an Cluster-Kopfschmerzen, wobei sich die Anfälle mittlerweile auf das ganze Jahr ausgedehnt hätten. Er nehme Metoprolol, Imigran und Tilur. In der Nacht wache er auf und könne dann lange nicht mehr einschlafen. Die Anfälle dauerten in der Regel um die 90 Minuten und kämen bis zu zwölfmal am Tag vor. Es handle sich um übelste Schmerzen, die ihn völlig ausser Gefecht setzten. Die Absenzen wegen der Kopfschmerzen habe er auf der Toilette oder auf dem Rücksitz des Autos einigermassen gut kaschieren können, weil er diese Zeit am Abend aufgearbeitet

habe. Was die psychische Situation betreffe, so sei die Behandlung vor etwa zwei Jahren abgebrochen worden, da es ihm mit den Medikamenten eher schlechter gegangen sei und auch die Gesprächstherapie nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe. Aktuell sei mangels Mobilität keine Behandlung möglich. Mit Oxycodon könne er einigermaßen gut durchschlafen, ohne wache er jede Nacht zwei- bis dreimal auf. Die Qualität des Nachtschlafes habe Einfluss auf die Tagesgestaltung (S. 2). Seitens der Beschwerdegegnerin wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer beim Aufstehen augenscheinlich Schwierigkeiten bekunde und in einem sehr langsamen Tempo gehe (S. 4).

3.1.3 Gemäss den Berichten des Spitals B.____ vom 13. September, 21. Oktober und 10. November 2022 (IV-Nr. 13; für frühere Berichte s. IV-Nr. 17 S. 7 ff.) leidet der Beschwerdeführer aufgrund der MRI vom 29. September 2021 und 13. September 2022 unter einer subligamentären, paramedian rechtsbetonten Diskusherniation L4/5 mit rezessaler L5-Kompression und reaktiven Facettengelenksirritationen, einer medial betonten Diskusprotrusion L5/S1 ohne Wurzelaffectation sowie geringen Facettengelenksarthrosen in den beiden unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule. Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden Migräne, rezidivierende depressive Episoden sowie ein episodischer Cluster-Kopfschmerz erwähnt. Der Beschwerdeführer berichte über seit mehr als einem Jahr bestehende Lumboischialgien mit Ausstrahlung in den rechten lateralen Oberschenkel, aber ohne Hypästhesien oder motorische Ausfälle. Wiederkehrende Neige- und Drehbewegungen, insbesondere gegen Widerstand, längeres Stehen und Sitzen von mehr als 60 Minuten sowie schweres Heben und Tragen von mehr als 5 kg seien aus medizinischer Sicht nicht empfehlenswert. Das Arbeitsprofil der bisherigen Tätigkeit sei unklar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei im Rahmen der Schmerzen unter Einhaltung der erwähnten Restriktionen max. vier Stunden am Tag zumutbar. Aktuell sei eine Prognose zur Eingliederung abhängig vom Infiltrationsresultat noch verfrüht. Der B.____-Bericht vom 6. Dezember 2022 bestätigte, dass der Beschwerdeführer an rückenbetonten Schmerzen mit Ausstrahlung in den rechten proximalen lateralen Oberschenkel ohne sensomotorische Defizite leide. Unter der bisherigen Schmerz- und Infiltrationstherapie sei eine leichte Besserung erzielt worden, welche indes für die Funktion im privaten sowie beruflichen Leben noch nicht ausreiche (IV-Nr. 24 S. 1 ff.).

3.1.4 Laut dem B.____-Bericht vom 28. Februar 2020 (IV-Nr. 15 S. 6 ff.) hatte sich der Beschwerdeführer an diesem Tag wegen eines episodischen Cluster-Kopfschmerzes vorgestellt. Diese Schmerzen lägen seit ca. 2011 vor. Zweimal im Jahr, vorwiegend im Frühling und Herbst, würden Kopfschmerzperioden auftreten. Es handle sich um pochende, bohrende Kopfschmerzattacken meist einseitig und links, die ca. 30 Minuten bis 1,5 Stunden andauern und zwei- bis achtmal am Tag auftreten würden. Der EEG-Befund weise keine pathologischen Veränderungen auf und schliesse eine schwere hirnorganische Funktionsstörung aus. Die medikamentöse Behandlung mit Metoprolol und Tilur sei fortzusetzen; alternativ komme ein Versuch mit Sumatriptan in Frage.

3.1.5 Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin beim RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2023 (IV-Nr. 23 S. 2 ff.) anhand der Akten fest, es lägen eine rezidivierende Lumbalgie sowie ■ ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine Migräne, ein periodischer Cluster-Kopfschmerz und ein Status nach depressiver Episode unter SSRI vor. Die beklagten Beschwerden bei Status nach lumbaler Diskushernie und Facettengelenksarthrosen seien nicht geeignet, eine über Jahre bestehende vollständige

Arbeitsunfähigkeit für leichte Arbeiten, wie auch die angestammte Tätigkeit, zu rechtfertigen. Derzeit erfolge weder eine psychiatrische Mitbehandlung noch eine ausgereizte bzw. optimierte Schmerzmedikation, welche einen Leidensdruck begründen würde. Es lasse sich noch nicht abschliessend sagen, ob ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert und eine Arbeitsunfähigkeit bestünden. Beim Wirbelsäulenchirurgen im B.____ sei ein entsprechender Bericht einzuholen. Ausserdem sei zu klären, ob noch eine psychiatrische resp. psychologische Behandlung laufe, und gegebenenfalls ein aktueller Verlaufsbericht einzuverlangen.

3.1.6 Der B.____-Bericht vom 7. März 2023 (IV-Nr. 24 S. 4 ff.) stellte fest, der Beschwerdeführer berichte über eine Verstärkung der Rückenschmerzen. Während der Physiotherapie sei die Schmerzsituation wohl etwas besser gewesen. Man gehe davon aus, dass psychosoziale Faktoren das klinische Erscheinungsbild erheblich aggravierten, weshalb man von weiteren invasiven Massnahmen wie einer Operation Abstand nehmen würde. Dies entspreche auch dem Wunsch des Beschwerdeführers. Der Bericht vom 4. April 2023 (IV-Nr. 25) sprach von einer leichten Verbesserung bei einem weitestgehend unveränderten Verlauf.

3.1.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2023 (IV-Nr. 27 S. 2 f.), der Beschwerdeführer befinde sich seit Jahren nicht mehr in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung. Er habe keine der vom Wirbelsäulenspezialisten vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen in Anspruch genommen, was für einen geringen Leidensdruck spreche. Es bestehe kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der eine länger dauernde oder bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bewirke. Mit den bestehenden degenerativen lumbalen Wirbelsäulenveränderungen seien keine schweren oder ständig mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar, keine Arbeiten über Kopfhöhe und kein länger dauerndes Vornüberneigen. Wechselbelastende leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne Einfluss von Kälte und Nässe seien im vollen Pensum möglich. Als Informatiker und IT-Supporter könne der Beschwerdeführer seine Arbeitsposition selbst wählen und regelmässig zwischen Sitzen und Stehen wechseln. Es handle sich um eine leichte Tätigkeit, weshalb er in der Lage sei, diese vollschichtig mit selbst gewählten Pausen auszuführen. Weitere medizinische Abklärungen seien aktuell nicht angezeigt.

3.1.8 In der Beschwerdeschrift vom 30. August 2023 hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen dafür, die Auswirkungen seiner Krankheiten seien so gravierend, dass sie sein ganzes restliches Leben bestimmen würden. Die Probleme seien mit den Jahren nur schlimmer geworden. Mit seinen aktuellen Diagnosen sei er für eine Firma eher ein Hindernis statt eine Hilfe. Wenn er ehrlich seine Diagnosen ansprechen würde, bekäme er nie eine Stelle; er werde also gezwungen sich als arbeitsfähig auszugeben, obwohl er das ganz klar nicht sei (IV-Nr. 32 S. 1). Am 2. August 2023 habe er sich am Rücken operieren und zwei Pro Disc L-Prothesen einsetzen lassen. Im Moment befinde er sich noch in der Genesung (S. 3 unten). Bezüglich seiner psychischen Probleme solle man sich an Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wenden (S. 4 oben). Dieser besuchte den Beschwerdeführer laut dessen Eingabe vom 19. September 2023 am 4. August 2023 im Spital (IV-Nr. 37 S. 2). Der Beschwerdeergänzung schliesslich ist zu entnehmen, dass die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. D.____ ab August 2023 wieder aufgenommen wurde (A.S. 17 Ziff. 8).

E. 3.2

3.2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf die beiden Stellungnahmen der RAD-Ärztin Dr. med. C.____ vom 22. März und 21. Mai 2023, wonach kein invalidisierendes Leiden vorliege (E. II. 3.1.5 + 3.1.7 hiervor).

E. 3.2.2.1

Der Beschwerdeführer beschreibt im Intake-Gespräch sowie später in der Beschwerde vom 30. August 2023 Cluster-Kopfschmerzen, welche mit einer massiven Einschränkung verbunden seien, indem sie das ganze Jahr über mehrmals am Tag auftreten und während der Dauer der Attacken eine Arbeitstätigkeit ausschliessen würden (s. E. II. 3.1.2 hiervor sowie IV-Nr. 32 S. 2 f.).

E. 3.2.2.2

Ein Cluster-Kopfschmerz ist klinisch definiert als ein attackenartig auftretender, streng einseitiger, «extremster» Kopfschmerz mit stärkster Ausprägung hinter der Augenhöhle. Die typischen Attacken treten bis zu achtmal täglich auf, klassischerweise mit einer nächtlichen Häufung, und dauern zwischen 15 bis 180 (im Mittel 30 bis 45) Minuten. Sie erfolgen oft zur gleichen Stunde im Tagesverlauf, gehäuft ein bis zwei Stunden nach dem Einschlafen. Bei der überwiegend vorkommenden episodischen Form werden die symptomatischen Episoden, die wenige Wochen bis Monate dauern können, von symptomfreien Zeitspannen von Monaten bis Jahren unterbrochen (Urteil des Bundesgerichts 8C_350/2017 vom 30. November 2017 E. 5.2). Da es sich um ein organisch bedingtes Leiden handelt, ist die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach Massgabe der einschlägigen Indikatoren nicht notwendig. Dies ändert freilich nichts daran, dass auch hier ein Rentenanspruch nur anerkannt werden kann, wenn nebst dem Vorliegen des Gesundheitsschadens auch seine Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit im Rahmen einer nachvollziehbaren fachärztlichen Beurteilung schlüssig aufgezeigt werden. Das bedeutet, dass schon die Herleitung und Begründung der Diagnose besonderer Sorgfalt bedürfen. Die Symptome und ihre Auswirkungen sind möglichst genau und umfassend zu erheben und die entsprechenden Befunde zu dokumentieren, insbesondere auch, was deren Häufigkeit und Ausprägung über einen längeren Verlauf hinweg anbelangt. Dabei ist im Bedarfsfall, soweit nicht schon durch die medizinischen Akten dokumentiert oder durch eigene Beobachtung gesichert, auf fremdanamnestic Angaben zurückzugreifen. Soweit es schliesslich um die eigentliche Folgenabschätzung geht, mithin darum, die Auswirkungen der Störung auf das Leistungsvermögen und die Arbeitsfähigkeit zu erheben und zu gewichten, bedarf es auch beim Cluster-Kopfschmerz im Rahmen der Begutachtung des konsistenten Nachweises mittels einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung (a.a.O., E. 5.3 + 5.4).

E. 3.2.2.3

Nach Aktenlage war beim Beschwerdeführer im Februar 2020 in der Tat ein Cluster-Kopfschmerz diagnostiziert worden (E. II. 3.1.4 hiervor), allerdings ohne Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Die RAD-Ärztin Dr. med. C.____ schloss sich dieser Diagnose am 22. März 2023 grundsätzlich an, wobei sie einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausdrücklich verneinte (E. II. 3.1.5 hiervor). Woraus die RAD-Ärztin dies ableitet, bleibt indes unklar. Zwar trifft es zu, dass der B.____-Bericht vom 10. November 2022 den Cluster-Kopfschmerz unter die Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einreichte. In diesem Bericht ging es jedoch um die Beurteilung der Rückenschmerzen durch

einen Wirbelsäulenchirurgen und nicht um eine fachärztliche neurologische Abklärung des Cluster-Kopfschmerzes; dieser wurde denn auch in den B.____-Berichten der Wirbelsäulenchirurgie vom 13. September 2022 und 7. März 2023 bloss der Vollständigkeit halber als Nebendiagnose erwähnt. Die Feststellung im B.____-Bericht vom 10. November 2022, dass die Kopfschmerzen keine Arbeitsunfähigkeit bewirkten, kann daher keinen Beweiswert beanspruchen; dasselbe gilt für die Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. E.____ vom 3. November 2022, der sich ebenfalls nicht näher mit dem Cluster-Kopfschmerz befasste, sondern auf die Rückenbeschwerden fokussierte (IV-Nr. 17 S. 5). Rechtsprechungsgemäss wäre eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Cluster-Symptomatik erforderlich gewesen (s. E. II. 3.2.2.2 hiervor), nachdem der Beschwerdeführer anlässlich der Anmeldung im Jahr 2022 einen deutlich gravierenderen Cluster-Kopfschmerz mit einer schwerwiegenden Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit beschrieb, als es 2020 der Fall gewesen war. Vor diesem Hintergrund war fraglich, ob der neurologische B.____-Bericht vom 28. Februar 2020 noch aktuell war und als Grundlage für eine reine Aktenbeurteilung durch die RAD-Ärztin taugte; der spätere B.____-Bericht vom 29. November 2022 (IV-Nr. 15 S. 1 ff.) bietet keine zusätzlichen Erkenntnisse und hilft daher nicht weiter. Eine rechtsprechungskonforme aktuelle Prüfung der Cluster-Symptomatik fand nicht statt. Die Beschwerdegegnerin durfte bezüglich der vom Beschwerdeführer vorgebrachten Ausweitung der Cluster-Kopfschmerzattacken nicht einfach von Beweislosigkeit ausgehen, zumal es an Anhaltspunkten für eine bewusste Aggravation der Beschwerden fehlte. Auch wenn das Ausmass, insbesondere die Frequenz und die Ausprägung der Attacken nach Aktenlage nicht erstellt sein mag, kann nicht gesagt werden, es seien bereits alle Möglichkeiten fachgerechter Exploration ausgeschöpft worden, wurde doch namentlich keine Fremdanamnese eingeholt. Es bedarf mit anderen Worten einer weiteren Abklärung des Cluster-Kopfschmerzes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, welche den Anforderungen der Rechtsprechung genügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_350/2017 vom 30. November 2017 E. 5.5.4; s.a. betr. antizipierte Beweiswürdigung E. II. 2.4 hiervor).

3.2.3 In orthopädischer Hinsicht verwarf die RAD-Ärztin die Auffassung im B.____-Bericht vom 10. November 2022, es liege selbst in einer angepassten Tätigkeit eine (teilweise) Arbeitsunfähigkeit vor (E. II. 3.1.3 hiervor). Sie berief sich in diesem Zusammenhang auch darauf, dass von keinem grösseren Leidensdruck auszugehen sei, nachdem der Beschwerdeführer die vorgeschlagenen Behandlungen abgelehnt habe. Dieses Argument verfängt aber nicht länger, da am 2. August 2023 und damit noch vor dem Stichtag der angefochtenen Verfügung ein Eingriff an der Wirbelsäule erfolgte. Berichte zum postoperativen Verlauf fehlen jedoch (E. II. 3.1.8 hiervor). Zudem fällt auf, dass die Ärzte am 7. März 2023 eine Operation zufolge psychosozialer Einflüsse als nicht indiziert ansahen (E. II. 3.1.6 hiervor), aber rund fünf Monate später dann doch ein solcher Eingriff vorgenommen wurde. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einem feststehenden und vollständigen Sachverhalt gesprochen werden, welcher eine reine Aktenbeurteilung erlauben würde (s. dazu E. II. 2.3 hiervor).

3.2.4 Zur depressiven Symptomatik bemerkte die RAD-Ärztin, diese sei medikamentös eingestellt und der Beschwerdeführer befinde sich schon länger nicht mehr in psychiatrischer Behandlung. Dem ist einerseits zu entgegnen, dass der Beschwerdeführer die Behandlung nicht deshalb beendet hatte, weil er sich wieder psychisch gesund fühlte, sondern der Behandlungserfolg ausblieb und er in seiner Mobilität eingeschränkt war (E. II.

3.1.2 hiervor). Einzelheiten zur damaligen Therapie und deren Ablauf sind in den Akten freilich nicht dokumentiert. Andererseits wurde die psychiatrische Behandlung im August 2023, also noch vor der angefochtenen Verfügung, wieder aufgenommen (E. II. 3.1.8 hiervor). Ein Bericht des Psychiaters Dr. med. D. ___ dazu liegt jedoch nicht vor. Hinzu kommt, dass allenfalls psychosoziale Umstände eine Rolle spielen könnten (E. II. 3.1.6 hiervor), welche in einer fachärztlichen psychiatrischen Beurteilung zu diskutieren und, wenn sie direkte negative funktionelle Folgen zeitigen sollten, auszuklammern wären (Urteil des Bundesgerichts 8C_213/2022 vom 4. August 2022 E. 4.4.2). Dem Umstand schliesslich, dass die Depression im B. ___-Bericht vom 10. November 2022 (E. II. 3.1.3 hiervor) und im Hausarztbericht vom 3. November 2022 (IV-Nr. 17 S. 5) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geführt wurde, kommt ebenso wie beim Cluster-Kopfschmerz (s. E. II. 3.2.2.3 hiervor) keine Bedeutung zu.

3.3 Zusammenfassend bestehen zumindest geringe Zweifel an der Einschätzung der RAD-Ärztin Dr. med. C. ___, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Andererseits gestatten auch die übrigen Akten keine abschliessende Beurteilung. Die Beschwerde ist folglich in dem Sinne gutzuheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Angelegenheit zurück an die Beschwerdegegnerin gewiesen wird. Diese hat einerseits bei den beteiligten Ärzten Berichte zur Operation vom 2. August 2023 und zum anschliessenden Verlauf einzuholen. Andererseits hat sich der behandelnde Psychiater zur früheren Behandlung, zum Zustand des Beschwerdeführers bei der Wiederaufnahme der Behandlung im August 2023 sowie zur weiteren Entwicklung zu äussern. Nach dieser Ergänzung der Akten ist ein unabhängiges polydisziplinäres Gutachten mit den Fachrichtungen Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie in Auftrag zu geben, bevor neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers befunden wird. Eine solche Rückweisung zur Abklärung rechtfertigt sich hier ausnahmsweise, da die Beschwerdegegnerin kein Gutachten einholte, sondern sich mit den nicht ausreichenden Stellungnahmen der RAD-Ärztin begnügte. Im Übrigen stellt auch der Beschwerdeführer einen entsprechenden Antrag (E. I. 2.1 hiervor)

E. 4

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich bei Verrichtungen ab 1. Januar 2023, wie sie hier einzig in Frage stehen, in einem Rahmen von CHF 250.00 bis 350.00 (s. § 160 Abs. 4 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11, i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111).

4.2 Die Vertreterin macht in ihrer Kostennote einen Zeitaufwand von 8,4167 Stunden geltend (A.S. 44), was als angemessen erscheint. Mit dem beantragten Stundenansatz von CHF 230.00 ergibt sich so, einschliesslich Auslagen über CHF 58.08 (pauschal 3 % des Honorars) und CHF 161.50 Mehrwertsteuer (8,1 % seit 1. Januar 2024) eine Parteientschädigung von CHF 2'155.40.

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von

habe. Was die psychische Situation betreffe, so sei die Behandlung vor etwa zwei Jahren abgebrochen worden, da es ihm mit den Medikamenten eher schlechter gegangen sei und auch die Gesprächstherapie nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe. Aktuell sei mangels Mobilität keine Behandlung möglich. Mit Oxycodon könne er einigermaßen gut durchschlafen, ohne wache er jede Nacht zwei- bis dreimal auf. Die Qualität des Nachtschlafes habe Einfluss auf die Tagesgestaltung (S. 2). Seitens der Beschwerdegegnerin wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführer beim Aufstehen augenscheinlich Schwierigkeiten bekunde und in einem sehr langsamen Tempo gehe (S. 4).

3.1.3 Gemäss den Berichten des Spitals B.____ vom 13. September, 21. Oktober und 10. November 2022 (IV-Nr. 13; für frühere Berichte s. IV-Nr. 17 S. 7 ff.) leidet der Beschwerdeführer aufgrund der MRI vom 29. September 2021 und 13. September 2022 unter einer subligamentären, paramedian rechtsbetonten Diskusherniation L4/5 mit rezessaler L5-Kompression und reaktiven Facettengelenksirritationen, einer medial betonten Diskusprotrusion L5/S1 ohne Wurzelaaffektion sowie geringen Facettengelenksarthrosen in den beiden unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule. Als Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden Migräne, rezidivierende depressive Episoden sowie ein episodischer Cluster-Kopfschmerz erwähnt. Der Beschwerdeführer berichte über seit mehr als einem Jahr bestehende Lumboischialgien mit Ausstrahlung in den rechten lateralen Oberschenkel, aber ohne Hypästhesien oder motorische Ausfälle. Wiederkehrende Neige- und Drehbewegungen, insbesondere gegen Widerstand, längeres Stehen und Sitzen von mehr als 60 Minuten sowie schweres Heben und Tragen von mehr als 5 kg seien aus medizinischer Sicht nicht empfehlenswert. Das Arbeitsprofil der bisherigen Tätigkeit sei unklar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei im Rahmen der Schmerzen unter Einhaltung der erwähnten Restriktionen max. vier Stunden am Tag zumutbar. Aktuell sei eine Prognose zur Eingliederung abhängig vom Infiltrationsresultat noch verfrüht. Der B.____-Bericht vom 6. Dezember 2022 bestätigte, dass der Beschwerdeführer an rückenbetonten Schmerzen mit Ausstrahlung in den rechten proximalen lateralen Oberschenkel ohne sensomotorische Defizite leide. Unter der bisherigen Schmerz- und Infiltrationstherapie sei eine leichte Besserung erzielt worden, welche indes für die Funktion im privaten sowie beruflichen Leben noch nicht ausreiche (IV-Nr. 24 S. 1 ff.).

3.1.4 Laut dem B.____-Bericht vom 28. Februar 2020 (IV-Nr. 15 S. 6 ff.) hatte sich der Beschwerdeführer an diesem Tag wegen eines episodischen Cluster-Kopfschmerzes vorgestellt. Diese Schmerzen lägen seit ca. 2011 vor. Zweimal im Jahr, vorwiegend im Frühling und Herbst, würden Kopfschmerzperioden auftreten. Es handle sich um pochende, bohrende Kopfschmerzattacken meist einseitig und links, die ca. 30 Minuten bis 1,5 Stunden andauern und zwei- bis achtmal am Tag auftreten würden. Der EEG-Befund weise keine pathologischen Veränderungen auf und schliesse eine schwere hirnorganische Funktionsstörung aus. Die medikamentöse Behandlung mit Metoprolol und Tilur sei fortzusetzen; alternativ komme ein Versuch mit Sumatriptan in Frage.

3.1.5 Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie / Praktische Ärztin beim RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. März 2023 (IV-Nr. 23 S. 2 ff.) anhand der Akten fest, es lägen eine rezidivierende Lumbalgie sowie – ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit – eine Migräne, ein periodischer Cluster-Kopfschmerz und ein Status nach depressiver Episode unter SSRI vor. Die beklagten Beschwerden bei Status nach lumbaler Diskushernie und Facettengelenksarthrosen seien nicht geeignet, eine über Jahre bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit für leichte Arbeiten, wie auch die angestammte Tätigkeit, zu rechtfertigen. Derzeit erfolge weder eine psychiatrische Mitbehandlung noch eine

ausgereizte bzw. optimierte Schmerzmedikation, welche einen Leidensdruck begründen würde. Es lasse sich noch nicht abschliessend sagen, ob ein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert und eine Arbeitsunfähigkeit bestünden. Beim Wirbelsäulenchirurgen im B. ___ sei ein entsprechender Bericht einzuholen. Ausserdem sei zu klären, ob noch eine psychiatrische resp. psychologische Behandlung laufe, und gegebenenfalls ein aktueller Verlaufsbericht einzuverlangen. 3.1.6 Der B. ___ -Bericht vom 7. März 2023 (IV-Nr. 24 S. 4 ff.) stellte fest, der Beschwerdeführer berichte über eine Verstärkung der Rückenschmerzen. Während der Physiotherapie sei die Schmerzsituation wohl etwas besser gewesen. Man gehe davon aus, dass psychosoziale Faktoren das klinische Erscheinungsbild erheblich aggravierten, weshalb man von weiteren invasiven Massnahmen wie einer Operation Abstand nehmen würde. Dies entspreche auch dem Wunsch des Beschwerdeführers. Der Bericht vom 4. April 2023 (IV-Nr. 25) sprach von einer leichten Verbesserung bei einem weitestgehend unveränderten Verlauf. 3.1.7 Die RAD-Ärztin Dr. med. C. ___ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2023 (IV-Nr. 27 S. 2 f.), der Beschwerdeführer befinde sich seit Jahren nicht mehr in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung. Er habe keine der vom Wirbelsäulenspezialisten vorgeschlagenen Behandlungsmassnahmen in Anspruch genommen, was für einen geringen Leidensdruck spreche. Es bestehe kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert, der eine länger dauernde oder bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bewirke. Mit den bestehenden degenerativen lumbalen Wirbelsäulenveränderungen seien keine schweren oder ständig mittelschweren Tätigkeiten mehr zumutbar, keine Arbeiten über Kopfhöhe und kein länger dauerndes Vornüberneigen. Wechselbelastende leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne Einfluss von Kälte und Nässe seien im vollen Pensum möglich. Als Informatiker und IT-Supporter könne der Beschwerdeführer seine Arbeitsposition selbst wählen und regelmässig zwischen Sitzen und Stehen wechseln. Es handle sich um eine leichte Tätigkeit, weshalb er in der Lage sei, diese vollschichtig mit selbst gewählten Pausen auszuführen. Weitere medizinische Abklärungen seien aktuell nicht angezeigt. 3.1.8 In der Beschwerdeschrift vom 30. August 2023 hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen dafür, die Auswirkungen seiner Krankheiten seien so gravierend, dass sie sein ganzes restliches Leben bestimmen würden. Die Probleme seien mit den Jahren nur schlimmer geworden. Mit seinen aktuellen Diagnosen sei er für eine Firma eher ein Hindernis statt eine Hilfe. Wenn er ehrlich seine Diagnosen ansprechen würde, bekäme er nie eine Stelle; er werde also gezwungen sich als arbeitsfähig auszugeben, obwohl er das ganz klar nicht sei (IV-Nr. 32 S. 1). Am 2. August 2023 habe er sich am Rücken operieren und zwei Pro Disc L-Prothesen einsetzen lassen. Im Moment befinde er sich noch in der Genesung (S. 3 unten). Bezüglich seiner psychischen Probleme solle man sich an Dr. med. D. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, wenden (S. 4 oben). Dieser besuchte den Beschwerdeführer laut dessen Eingabe vom 19. September 2023 am 4. August 2023 im Spital (IV-Nr. 37 S. 2). Der Beschwerdeergänzung schliesslich ist zu entnehmen, dass die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. D. ___ ab August 2023 wieder aufgenommen wurde (A.S. 17 Ziff. 8).