

# **BL\_GERICHTE 720 23 169 vom 11. Mai 2023**

BL Gerichte, 2023-05-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720 23 169](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_23_169)

FR: BL\_GERICHTE 720 23 169 du 11 mai 2023

IT: BL\_GERICHTE 720 23 169 del 11 maggio 2023

## **Regeste**

Würdigung der ärztlichen Berichte

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde des Versicherten vom 12. Juni 2023 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Im versicherungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfen und zu beurteilen, zu denen der zuständige Sozialversicherer vorgängig verbindlich – in Form einer Verfügung – Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1, 125 V 414 E. 1a und b, je mit Hinweisen). Vorliegend sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer in der Verfügung vom 11. Mai 2023 eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Dezember 2017 bis 31. Dezember 2020 zu. Nicht Gegenstand der Rentenverfügung bildete die Frage, ob der Versicherte Anspruch auf berufliche Massnahmen hat. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es seien ihm wenigstens solche Massnahmen zu gewähren, fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und folglich an einer Sachurteilsvoraussetzung, weshalb im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens nicht auf diesen Antrag eingetreten werden kann. Das Gericht prüft somit einzig den Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 3**

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und diejenigen der

Verordnung der Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung. Erfolgt die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022, welche aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 betrifft, sind die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 massgebend (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101; Kreisschreiben zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 1009). Die Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

4.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

4.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.4 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte

Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. 4.5 Eine rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (Art. 17 Abs. 1 ATSG) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 17. Dezember 2008, 8C\_534/2008, E. 2.3 mit Hinweisen). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 130 V 343 E. 3.5).

## **E. 5**

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

### **E. 5.1**

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin 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 sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 5.2**

Sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Sachverständigengutachten, unterliegen der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Demgegenüber kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen zwar nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, praxisgemäss haben sie aber nicht dieselbe Beweiskraft wie ein gerichtliches oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen Gutachten. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4, 122 V 157 E. 1d). 6.1 In der Verfügung vom 11. Mai 2023 sprach die IV-Stelle dem

Beschwerdeführer eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Dezember 2017 bis 31. Dezember 2020 zu. Sie ging davon aus, dass er ab dem 23. Juni 2016 100 % arbeitsunfähig war, gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag vom 3. November 2020 seit dem 9. September 2020 aber wieder in der Lage sei, 80 % in einer angepassten Verweistätigkeit zu arbeiten. Strittig und zu prüfen ist, ob dem Gutachten der medexperts ag vom 3. November 2020 Beweiskraft zukommt und die IV-Stelle zu Recht gestützt darauf eine Gesundheitsverbesserung ab September 2020 annahm und die Invalidenrente per 31. Dezember 2020 einstellte.

6.2 Im polydisziplinären Gutachten der medexperts ag vom 3. November 2020 mit allgemeinmedizinischer, rheumatologischer, neurologischer, psychiatrischer und neuropsychologischer Beteiligung werden aus gesamtmedizinischer Sicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen gestellt: Ein cervikocephales Schmerzsyndrom links mit vegetativen Begleitbeschwerden (Fatigue-Symptomatik und kurzdauernde Schwindel); eine Periathropathie der rechten Schulter nach AC-Luxation und Supraspinatussehnenruptur bei Velosturz im März 2020; eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0); eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4); eine strukturelle Epilepsie mit Jackson-Anfällen ohne Anfallsfreiheit unter Lamotrigine sowie ein chronischer, analgetikainduzierter Kopfschmerz und chronische Migräne ohne Aura. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die chronischen Schmerzen seit 2010, eine Laktoseintoleranz, eine chronische Ostipation bei unauffälliger Gastroskopie, eine Allergie auf Ceftriaxon, ein Status nach Radiojodtherapie bei Morbus Basedow, Übergewicht mit einem BMI von 29.1 sowie ein Status nach Polyneuritis der Nervi olfactorius und facialis. In der bis 2016 ausgeübten Tätigkeit in der Pizzeria sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Grundsätzlich seien sämtliche ungelernen Arbeiten zumutbar, welche der Versicherte bisher ausgeübt habe. Aufgrund der Schmerzsymptomatik sollten die Arbeitszeiten flexibel sein mit der Möglichkeit, Pausen einzuschalten. In Frage kämen dabei körperlich leichte Arbeiten bis zum Teil auch mittelschwere Tätigkeiten ohne regelmässige Beanspruchung des rechten Armes über der Horizontalen. Die Teilarbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ergebe sich aus der rheumatologischen Diagnose einer Periathropathie der rechten Schulter mit AC-Luxation und der Schwierigkeit, den rechten Arm über die Schulterhöhe zu heben sowie aus der verminderten Kraft in dieser Armseite. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit sei dagegen eine Arbeitsfähigkeit von 80 % gegeben. Die Leistungseinschränkung von 20 % resultiere aus den neurologischen und psychiatrischen Diagnosen. Eine Potenzierung der Leiden liege nicht vor.

6.3 Im psychiatrischen Teilgutachten wird näher ausgeführt, dass aktuell eine rezidivierende depressive Störung nach ICD-10 bestätigt werden könne. In Bezug auf den Schweregrad sei jedoch sowohl klinisch als auch in Berücksichtigung der auffallenden Symptomvalidierung mit Hinweisen auf eine Antwortverzerrung lediglich von einer leichten depressiven Symptomatik auszugehen. So sei der Beschwerdeführer namentlich bei der Beschwerdeschilderung vage geblieben. Herauszuhören gewesen sei, dass es ihm tageweise psychisch schlecht gehe und die Stimmungslage abhängig von den Schmerzen stundenweise, selten tageweise herabgesetzt sei. Ferner sei von einem verminderten Antrieb und einem Interessenverlust auszugehen. Weiter habe der Versicherte von Schlaf- und Konzentrationsstörungen berichtet. Damit seien insgesamt zwei Haupt- und zwei Nebensymptome gemäss ICD-10 F33 erfüllt, was einer leichten depressiven Störung gemäss F33.0 entspreche. Die von den behandelnden Fachpersonen diagnostizierte

mittelgradige depressive Störung könne aktuell ebenso wenig bestätigt werden wie die diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung, zumal die vom Versicherten angegebenen körperlichen Beschwerden teilweise objektiviert seien. Die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit seit 2016 sei ebenfalls nicht nachvollziehbar. Hingegen seien die Kriterien für eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 erfüllt. Beim chronischen Schmerzsyndrom sei ein vielschichtiges Zusammenspiel von organischen, seelischen und sozialen Faktoren gegeben, welche sich wechselseitig verstärkten und das Schmerzerleben aufrecht hielten. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der leichten depressiven Störung und der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren von einer leichten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Eine weitergehende und zu berücksichtigende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht habe nicht ermittelt werden können. Neben Diskrepanzen und Auffälligkeiten in den Testergebnissen seien auch Auffälligkeiten in der Symptomvalidierung festgestellt worden. Eine abschliessende Beurteilung des kognitiven Leistungsvermögens des Versicherten sei mit den widersprüchlichen Daten nicht möglich gewesen.

6.4.1 Im Zentrum stehen – neben den psychischen Beschwerden – vor allem die Kopfschmerzen. Diesbezüglich gibt es zahlreiche medizinische Berichte in den Akten, weshalb im neurologischen Teilgutachten auch ausführlich auf die Vorgeschichte eingegangen und vorliegend wiedergegeben wird. Gemäss Bericht des B. vom 18. Mai 2016 liess sich der Beschwerdeführer am 9. Mai 2016 wegen episodischer Kopfschmerzen untersuchen. Die Magnetresonanztomographie (MRT) des Neurokraniums vom 11. Mai 2016 zeigte ein Meningeom; eine neurochirurgische Vorstellung wurde empfohlen. Die beschriebenen Kopfschmerzen sprächen für eine episodische Migräne ohne Aura, welche aber bei einer Attackenfrequenz von derzeit einmal im Monat keiner prophylaktischen Therapie bedürfe. Ein Zusammenhang zwischen den Kopfschmerzen und dem Meningeom wurde verneint. Am 23. Juni 2016 folgte die operative Entfernung des Meningeoms und am 29. Juni 2016 wurde der Beschwerdeführer in sehr gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen (Bericht der C. vom 29. Juni 2016). Nur kurze Zeit später traten progrediente Kopfschmerzen frontal auf. Eine Computertomographie (CT) des Schädels am 31. Juli 2016 ergab, dass sich postoperativ ein epiduraler Abszess mit Propionibacterium gebildet hatte. Eine operative Wundrevision wurde am 31. Juli 2016 nötig mit nachfolgender Antibiotikatherapie (Bericht vom 15. August 2016 sowie Austrittsbericht vom 15. August 2016). Bei aus infektiologischer Sicht positivem Verlauf konnte die Kalotta via Palacosplastik links parietal am 18. November 2016 wieder eingesetzt werden (Bericht des B. vom 25. November 2016). In der Folge kam es zu persistierenden Kopfschmerzen, welche als Exazerbation der vorbestehenden Migräne interpretiert wurden. Eine schmerzdistanzierte Medikation mit Amitriptylin wurde empfohlen. Bei unauffälliger MRT des Neurokraniums konnte eine erneute Abszessbildung als Ursache ausgeschlossen werden (Berichte des B. vom 31. August 2016 und vom 2. September 2016). Dr. med. D., FMH Neurologie, bei welchem der Versicherte seit August 2016 in Behandlung steht, führte die Kopfschmerzen in erster Linie auf einen Analgetikaübergebrauch zurück und erachtete sie als chronisch (Berichte vom 17. August 2016 und vom 17. Februar 2017). Eine EEG-Untersuchung vom 6. Februar 2017 ergab keinen sicheren Nachweis von epilepsietypischen Potentialen und die MRT-Bilder vom 10. Februar 2017 waren unauffällig. Vom 19. April 2017 bis 24. April 2017 hielt sich der Versicherte stationär im Kantonsspital E. zum Medikamentenentzug auf und anschliessend

bis zum 14. Mai 2017 in der Reha Klinik F. (Bericht des Kantonsspitals E. vom 24. April 2017 sowie Bericht der Reha Klinik F. vom 15. Mai 2017). Die Kopfschmerzen persistierten und der Versicherte litt zusehends an einer depressiven Episode. Es kam zu einer stationären Behandlung in der Klinik G. vom 30. November 2017 bis 3. Januar 2018. Diagnostiziert wurden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine mittelgradige depressive Episode sowie Migräne nach operiertem Meningeom und sekundärer Wundheilungskomplikationen (Bericht vom 2. Januar 2018). Die Weiterbehandlung fand in der Klinik H. statt, wo allgemeinkonservative Massnahmen (Schlafhygiene, Schlafförderung, Tagesstruktur) vorgeschlagen wurden (Berichte vom 2. Februar 2018, vom 28. Februar 2018 und vom 15. März 2018). Es folgten zahlreiche kopfschmerzbedingte, notfallmässige und elektivambulante Konsultationen beim behandelnden Neurologen, Dr. D. , und in der Klinik H. sowie Hospitalisationen im B. .

6.4.2 In Würdigung der langen Krankengeschichte und gestützt auf seine eigenen Untersuchungen schloss sich der Gutachter im neurologischen Teilgutachten im Wesentlichen den Erkenntnissen der Fachpersonen des B. sowie der Klinik G. an. Insofern bestätigte der Gutachter die Diagnosen einer episodischen Migräne ohne Aura sowie eines chronischen Misch-Kopfschmerzes (Spannungskopfschmerz, Migräne, Medikamentenübergebrauchskopfschmerz). Gesamthaft sei präoperativ von einer episodischen Migräne ohne Aura auszugehen. Im Verlauf sei es zu einer Chronifizierung gekommen, denkbar infolge der Schmerzverarbeitungsstörung. Er stellte weiter fest, dass die bisherigen therapeutischen Massnahmen den vorliegenden ungünstigen Krankheitsverlauf nur wenig positiv hätten beeinflussen können. Insbesondere der Schmerzmittelentzug im Kantonsspital E. und die Schmerzrehabilitation in der Reha Klinik F. hätten sich im langfristigen Verlauf als unwirksam erwiesen wie auch die diversen pharmakologischen Ansätze. Positiv auf den Krankheitsverlauf wirke sich aber die Stabilisierung der psychischen Verfassung aus. Auch schienen allgemeinkonservative Massnahmen (aerober Ausdauersport, Entspannungsübungen) noch ausbaufähig. Ferner seien die potentiellen medikamentösen Prophylaxe-Therapien noch nicht ausgeschöpft. Bezüglich der strukturellen Epilepsie sei eine antikonvulsive Behandlung indiziert und auch bereits etabliert. Die Einschränkung in der Lebensqualität sei durch die rein sensiblen Anfälle gering. Infolge des chronifizierten Kopfschmerzsyndroms sei der Versicherte hingegen in seiner alltäglichen und insbesondere beruflichen Funktionsfähigkeit eingeschränkt. Insgesamt sei eine Leistungseinschränkung von 20 % anzunehmen, welche infolge der Schmerzproblematik kurzzeitig auch höher ausfallen könne. Arbeiten an ungesicherten Plätzen, auf Gerüsten oder Leitern seien zu vermeiden. Eine optimal angepasste Verweistätigkeit sollte wegen der Schmerzsymptomatik flexible Arbeitszeiten mit Möglichkeiten für Pausen bieten.

6.5 In rheumatologischer Hinsicht kam der Gutachter zum Schluss, dass das chronische Schmerzsyndrom in der linken Körperhälfte und der oberen rechten Nackenregion überwiegend als myofascial beziehungsweise unspezifisch zu bezeichnen sei. Eine hohe Selbstlimitierung zeige sich in der sehr tiefen Score-Punktezahl im Pact-Test (Selbsteinschätzung der körperlichen Fähigkeiten) und einer fehlenden Griffkraft in der rechten Hand, die nicht plausibel sei. Rheumatologisch bedeutsam seien die schmerzhaften degenerativen Veränderungen mit Bewegungseinschränkung im Bereich des Schultergürtels (Periarthritis humeroscapularis [PHS]) rechts. Regelmässige Tätigkeiten mit dem rechten Arm über Schulterhöhe und solche, die höhere Kraftanforderungen voraussetzten, seien ungünstig. Die bis 2016 ausgeübte Tätigkeit als Pizzabäcker sei um 30 % eingeschränkt. Für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne regelmässige

Beanspruchung des rechten Arms über der Horizontalen bestehe aus rheumatologischer Sicht hingegen keine Einschränkung. 7.1 Dem von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung (BGE 134 V 231 E. 5.1) entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4). Zweck interdisziplinärer Gutachten ist es, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen (BGE 137 V 210 E. 1.2.4). Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Juli 2019, 8C\_128/2019, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). 7.2 Bei der Würdigung des Gutachtens darf das Gericht seine eigene Meinung ohne überzeugende Begründung nicht über diejenige der sachverständigen Person stellen, wobei aber zu prüfen ist, ob das Gutachten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist und auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, ob es die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Behörde sie prüfen und nachvollziehen kann und ob die sachverständige Person nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihr die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, deutlich macht ( Ueli Kieser , ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich/Bern/Genf 2020, Art. 44 Rz. 78 mit Hinweisen). 7.3 Das Gutachten der medexperts ag erfüllt diese vorgegebenen Massstäbe, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt und von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes seit September 2020 auszugehen ist. 8.1 Der Auffassung des Beschwerdeführers, dass von einem gleichbleibenden Gesundheitszustand auszugehen sei, kann nicht gefolgt werden. Aus psychiatrischer Sicht attestierten die behandelnde Psychologin, I. , und Dr. med. J. , FMH Psychiatrie und Psychotherapie und FMH Allgemeine Innere Medizin, in ihrem Bericht vom 27. November 2019 eine seit 2016 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Rund neun Monate später, am 9. September 2020 fand die psychiatrische Begutachtung statt. Zu diesem Zeitpunkt war die depressive Symptomatik remittiert und nur noch eine leichte depressive Episode feststellbar. In psychiatrischer Hinsicht liegt somit eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes vor. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass der Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits unterschiedlich sind; deshalb kann das Gutachten nicht stets infrage gestellt werden, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen wichtige Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind ( Kieser , a.a.O., Art. 44 Rz. 80). Ferner ist bei der Beweiswürdigung zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinischpsychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind,

sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteile des Bundesgerichts vom 29. Dezember 2017, 8C\_629/2017, E. 4.3, vom 7. August 2018, 8C\_200/2018, E. 6.3 und vom 5. April 2019, 9C\_668/2018, E. 3.5; Kieser, a.a.O., Art. 44 Rz. 76). Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters ist nachvollziehbar und plausibel. Namentlich hat er sich mit den anderslautenden Berichten der behandelnden Fachpersonen auseinandergesetzt und seine abweichende Meinung begründet und dargelegt, weshalb die seit 2016 attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit aktuell nicht bestätigt werden könne. Damit muss es sein Bewenden haben. Von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes darf aber auch aus neurologischer Sicht ausgegangen werden. Nach der Hirnoperation im Juni 2016 und den anschliessenden postoperativen Komplikationen hat sich im weiteren Verlauf die Schmerzproblematik entwickelt. Dr. D. attestierte in seinem Bericht vom 23. August 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Der neurologische Gutachter erachtete eine höhere Arbeitsfähigkeit ab September 2020 als gegeben, wobei er aber auch festhielt, dass es sich bei der Leistungseinschränkung von 20 % um einen Durchschnitt handle. Bei Verstärkung der Kopfschmerzsymptomatik könne die Einschränkung kurzzeitig auch höher ausfallen. Diese Beurteilung ist mit Blick darauf, dass selbst Dr. D. kurz nach Erstattung des Gutachtens von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bis 70 % ausging (was sehr nahe an der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit liegt), nicht zu beanstanden (Bericht vom 19. März 2021).

8.2 Der Beschwerdeführer macht weiter geltend, dass im Gutachten der medexperts ag vom 3. November 2020 nicht aufgezeigt werde, wie er bei wöchentlich mehrfach auftretenden Migräneattacken ein Pensum von 80 % bewältigen könne. Die Angaben des Versicherten in Bezug auf die Frequenz der Kopfschmerzen variieren im Gutachten, je nachdem, ob es sich um die chronischen Kopfschmerzen oder um Migräne handelt. So wird im psychiatrischen Teilgutachten auf Seite 38 festgehalten, dass der Beschwerdeführer mindestens einmal monatlich an schweren Kopfschmerzzuständen (Migräne) leide, während im neurologischen Teilgutachten auf Seite 26 vermerkt wird, dass die drückenden (chronischen) Kopfschmerzen an zwei bis drei Tagen pro Woche aufträten und über einige Stunden anhielten, wobei eine leichte Linderung durch Schmerzmittel erreicht werden könne. Die vom Gutachter attestierte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % ist in Berücksichtigung, dass es sich bei den mehrmals in der Woche vorkommenden und zum Teil behandelbaren Kopfschmerzen nicht um Migräneattacken handelt, welche zwar immer wieder, aber in einem weit grösseren zeitlichen Abstand auftreten, durchaus plausibel.

8.3 Der Beschwerdeführer rügt ferner, dass bei der vorliegenden Diagnose einer Migräne gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zwingend eine Fremdanamnese hätte eingeholt werden müssen. Aus dem vom Beschwerdeführer angeführten BGE 140 V 290 geht hervor, dass das Einholen fremdanamnestischer Angaben in den Fällen angezeigt sei, in denen die subjektiven Angaben der versicherten Person zur Migräne nicht nachvollziehbar seien. Im vorliegenden Fall wird im Gutachten der medexperts ag auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt und gestützt darauf eine Leistungseinschränkung von 20 % eingeräumt. Die Einholung fremdanamnestischer Angaben würde somit im vorliegenden Verfahren keine weiteren Erkenntnisse bringen.

8.4 Schliesslich wendet der Beschwerdeführer ein, dass das psychische Leiden, das eine Folge des Migräneleidens sei, im psychiatrischen Teilgutachten nicht korrekt gewürdigt worden sei. Er verweist auf den Bericht der behandelnden Psychologin und des behandelnden Psychiaters vom 25. März 2021, welche ein depressives Syndrom und Angst gemischt (ICD-10 F41.2) und eine somatoforme Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Anteilen (ICD-10 F45.4) diagnostizierten und dem

Versicherten eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten. Dieser Bericht, der lediglich die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers auflistet und weder die Diagnose begründet noch sich mit den gutachterlichen Einschätzungen auseinandersetzt, ist nicht geeignet, die gutachterliche Beurteilung in Zweifel zu ziehen. Dies umso weniger, als eine Verschlechterung seit der Begutachtung nicht geltend gemacht wird.

#### **E. 9**

In Würdigung der medizinischen Aktenlage ist somit festzustellen, dass dem polydisziplinären Gutachten der medexperts ag vom 3. November 2020 volle Beweiskraft zukommt und ab September 2020 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit besteht. Nach dem Einkommensvergleich, der nicht bestritten wird, beträgt der Invaliditätsgrad ab September 2020 20 %, weshalb die IV-Stelle zu Recht die Invalidenrente in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV per 31. Dezember 2020 befristet hat. Demgemäss ist die Beschwerde abzuweisen.

#### **E. 10**

Es bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskoste aufzuerlegen sind. Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG). Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Soweit darauf eingetreten werden kann, wird die Beschwerde abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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