



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 31. März 2026 (720 24 204)

Invalidenversicherung

Ungenügende Sachverhaltsabklärung; externes Gutachten bildet keine verlässliche Entscheidungsgrundlage für die Beurteilung des Anspruchs des Versicherten auf eine Invalidenrente;

Besetzung Präsident Dieter Freiburghaus, Kantonsrichter Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Margit Campell

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch François Schmid, Rechtsanwalt, Lange Gasse 90, 4052 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A.1 Der 1978 geborene A.____ arbeitete als Front Office Manager beim B.____ und war in dieser Eigenschaft bei der C.____ Versicherungen AG (C.____) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 29. Dezember 2017 stürzte er beim Schlittschuhlaufen und verletzte dabei die rechte Hand respektive den rechten Daumen sowie den rechten Ellenbogen. Zudem schlug er mit dem Hinterkopf auf. Die C.____ erbrachte für die Folgen dieses Unfallereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen (Taggelder und

Heilbehandlungskosten). Mit Verfügung vom 27. November 2018 teilte sie A._____ mit, dass sie ihre Leistungen mangels Kausalzusammenhangs per 30. November 2018 einstellen werde. Daran hielt die C._____ mit Einspracheentscheid vom 22. August 2019 fest. Das Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), hiess die dagegen erhobene Beschwerde mit Urteil vom 23. Juli 2020, KGSV 725 19 33, dahingehend gut, als es den angefochtenen Einspracheentscheid aufhob und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die C._____ zurückwies. Die C._____ untersuchte in der Folge erneut den medizinischen Sachverhalt und stellte gestützt auf diese Abklärungsergebnisse mit Verfügung vom 10. März 2022 ihre Leistungen per 7. April 2018 ein. Daran hielt sie auch in ihrem Einspracheentscheid vom 15. November 2022 fest. Die dagegen erhobene Beschwerde beim Sozialversicherungsgericht D._____ wurde mit Urteil vom 8. Juni 2023 abgewiesen. Dieser Entscheid erwuchs in Rechtskraft.

A.2 Am 12. Juni 2018 meldete sich A._____ unter Hinweis auf die Folgen seines Unfalls vom 29. Dezember 2017 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) klärte in der Folge den rechtserheblichen erwerblichen und gesundheitlichen Sachverhalt ab. Mit Verfügung vom 21. Juni 2024 sprach sie dem Versicherten – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – eine Viertelsrente ab Januar 2020 sowie eine halben Rente ab April 2020 bis und mit Juli 2021 zu.

B. Hiergegen erhob A._____ am 18. Juli 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht und beantragte sinngemäss die Aufhebung der Verfügung vom 21. Juni 2024. Gleichzeitig ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege.

C. Am 23. Juli 2024 bewilligte das Kantonsgericht dem Versicherten die unentgeltliche Prozessführung und verzichtete auf die Erhebung eines Kostenvorschusses.

D. Mit Schreiben vom 16. August 2024 zeigte Advokat François Schmid dem Kantonsgericht an, dass er den Beschwerdeführer im vorliegenden Verfahren vertrete. Gleichzeitig ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung. Am 23. August 2024 reichte Advokat François Schmid eine Beschwerdeergänzung ein und beantragte unter o/e-Kostenfolge die Verfügung vom 21. Juni 2024 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, ihm mit Wirkung ab 1. Dezember 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei ein gerichtliches Gutachten in den Disziplinen Psychiatrie und Rheumatologie in Auftrag zu geben und danach abschliessend über den Leistungsanspruch neu zu entscheiden. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die Durchführung einer öffentlichen Verhandlung gemäss Art. 6 der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK), vom 4. November 1950. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, dass die IV-Stelle die angefochtene Verfügung auf ungenügende medizinische Unterlagen gestützt habe.

E. Mit Verfügung vom 26. August 2024 bewilligte das Kantonsgericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Verbeiständung mit Rechtsanwalt François Schmid.

F. Am 18. September 2024 reichte der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt François Schmid, einen aktuellen Verlaufsbericht der behandelnden Ärztin des Spitals E._____ vom 23. August 2024 ein.

G. Mit Eingabe vom 30. Oktober 2024 beantragte die IV-Stelle die Abschreibung des vorliegenden Verfahrens zufolge Wiedererwägung lite pendente. Sie hielt dazu fest, dass sich aufgrund der neuen medizinischen Unterlagen eine weitere Abklärung des medizinischen Sachverhalts aufdränge.

H. Nachdem der Beschwerdeführer am 1. November 2024 mitgeteilt hatte, dass er mit der Abschreibung des Verfahrens zufolge Wiedererwägung nicht einverstanden sei, verfügte das Kantonsgericht am 3. Dezember 2024 die Abweisung des entsprechenden Antrags der IV-Stelle und forderte diese auf, ihre Vernehmlassung und die Akten einzureichen.

I. Am 20. Dezember 2024 reichte die IV-Stelle ihre Vernehmlassung (inkl. Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD] vom 18. Dezember 2024) ein und stellte den Antrag, die Beschwerde sei gutzuheissen. Gleichzeitig ersuchte sie um Rückweisung der Angelegenheit an sie zwecks Durchführung weiterer Abklärungen und Einholung eines polydisziplinären Gutachtens in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Neurologie, Neuropsychologie sowie Psychiatrie.

J. Am 7. Februar 2025 teilte der Beschwerdeführer, vertreten durch Rechtsanwalt François Schmid, mit, dass er an seinem Antrag, wonach eine öffentliche Verhandlung durchzuführen sei, nicht mehr festhalte. Weiter äusserte er sich dahingehend, dass die IV-Stelle den Antrag gestellt habe, die Beschwerde sei gutzuheissen und die Angelegenheit sei an sie zurückzuweisen. Beschwerdeweise sei aber kein Antrag auf Rückweisung gestellt worden, sondern um Einholung eines Gerichtsgutachtens. Es sei daher unklar, inwiefern die Beschwerdegegnerin die Gutheissung der Beschwerde beantrage.

K. Die IV-Stelle teilte am 20. Februar 2025 mit, dass sie auf eine Stellungnahme zum Schreiben des Beschwerdeführers vom 7. Februar 2025 verzichte.

L. Mit Verfügung vom 25. Februar 2025 wurde der Fall dem Dreiergericht zur Beurteilung überwiesen.

M. Anlässlich der Urteilsberatung vom 23. Oktober 2025 gelangte das Kantonsgericht zur Auffassung, dass die vorhandene medizinische Aktenlage keine abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers zulasse. Das Kantonsgericht zog deshalb in Betracht, die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2024 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Sinne der Erwägungen und anschliessender Neuentscheidung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, wonach der Beschwerde führenden Partei auch dann Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde zu geben ist, wenn eine rentenzusprechende Verfügung aufgehoben und die Sache zu weiterer Abklärung und neuer Entscheidung an die IV-Stelle zurückgewiesen

werden soll (BGE 137 V 314), beschloss es, den Fall auszustellen und dem Versicherten vorab die Möglichkeit einzuräumen, seine Beschwerde zurückzuziehen.

N. Mit Eingabe vom 6. November 2025 teilte der Versicherte mit, dass er vollumfänglich an seiner Beschwerde festhalte.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 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, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (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 beim örtlich und sachlich zuständigen Gericht und im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 18. Juli 2024 ist daher einzutreten.

1.2 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 über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden Fassung Anwendung. Wird der Anspruch auf eine IV-Rente bzw. deren Ablehnung nach dem 1. Januar 2022 verfügt, gilt unter anderem Folgendes: Liegen der Eintritt der Invalidität und der Beginn des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, so bleiben die vor dem 1. Januar 2022 gültigen Bestimmungen anwendbar (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Vorliegend steht ein Rentenanspruch ab dem 1. Dezember 2018 im Streit, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar sind. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Zu beurteilen ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren der Rentenanspruch des Versicherten ab 1. Dezember 2018. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2024 entwickelt hat, da dieser Zeitpunkt rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 4 E. 1.2).

3.1 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 wiederherstellen, 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).

3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) 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).

3.3 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.

4.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2024, 8C_122/2023, E. 2.3). Im Weiteren sind 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, 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es

auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, öffentlich-rechtliche Abteilung] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

4.4 Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 19. September 2011, 8C_392/2011, E. 2.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

5.1.1 Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. Im Zentrum der medizinischen Beurteilung der Vorinstanz steht jedoch insbesondere das polydisziplinäre Gutachten der medexperts ag vom 15. Dezember 2022. Diesem Gutachten der Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Neuropsychologie sind in der interdisziplinären Beurteilung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende Diagnosen zu entnehmen: leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0), chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und chronifiziertes Schmerzsyndrom der Wirbelsäule (M54.5) ohne radikuläre Symptomatik bei Status nach Sturz im Dezember 2017 mit akutenamnestischer Commotio cerebri und Daumenprellung rechts, Degenerationen der Halswirbelsäule (HWS) mit radiologisch festgestellter Diskushernie C3/4 und Foramenstenosen C4/5 sowie C5/6 rechts, radiologisch Diskushernie Th6/7 und Th7/8 und eine Spondylarthrose L5/S1 ohne Spinalstenose. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden Kombinationskopfschmerzen (ICD-10 G44.8) mit chronischem Spannungskopfschmerz (ICD 10 G44.2) und Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerz (ICD-10: G44.41), eine mögliche zervico-radikuläre Irritation C4 rechts mehr als links bei knöchern-degenerativer Stenosierung des Neuroforamens HWK4/5 und Protrusio HWK3/4 rechts, eine Rumpfunsticherheit unklarer Genese, vermutlich bei muskuloskelettalen Schmerzen und ängstlicher Introspektion, ein Status nach Cholezystektomie im Juni 2019, ein Nikotinkonsum und dyspeptische Beschwerden. Der Versicherte sei – gestützt auf die psychiatrische Beurteilung sowohl in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit nach dem Unfall im Dezember 2017 bis 31. März 2018 zu 0 %, vom 1. April 2018 bis 30. Juni 2018 zu 50 %, vom 1. Juli 2018 bis 13. Mai 2019 zu 80 %, ab 14. Mai 2019 bis 27. September 2019 zwischen 80 % und 50 % (langsam sinkend), vom 28. September 2019 bis 14. Mai 2020 zwischen 50 % und 80 % (langsam steigend), am 15. Mai 2020 zu 50 % (Verschlechterung), vom 15. Mai 2020 bis 20. April 2021 zwischen 50 % und 80 % (langsam steigend) und ab 21. April 2021 laufend zu 80 % arbeitsfähig.

5.1.2 In der Zusammenfassung der Krankheitsentwicklung wurde aus gesamtmedizinischer Sicht im Wesentlichen festgestellt, dass der Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis im Dezember 2017 persistierende neurokognitive Defizite, Dauerkopfschmerzen und muskuloskelettale Beschwerden, vorwiegend im Bereich der Wirbelsäule, angegeben habe, die von einer zunehmenden subjektiven Invalidisierung geprägt seien. Die Abklärungen hätten jedoch keine Hinweise für eine somatische Ursache der zentralnervösen Beschwerden ergeben. Retrospektiv sei von einer leichten Schädel-Hirn-Traumatisierung Grad I nach QTF (im Sinne einer Commotio cerebri) auszugehen, die keine dauerhaften zentralnervösen Schäden verursache. Die neurologische Untersuchung erbringe nach klinisch-neurologischen Kriterien keine Hinweise auf neurokognitive Funktionseinschränkungen. Die Kopfschmerzsymptomatik sei Folge eines chronischen Spannungskopfschmerzes mit vorwiegend psychosomatischen Faktoren und eines mittlerweile entstandenen Medikamentenübergebrauchs-Kopfschmerzes. Durch Beendigung der Selbstmedikation und Ausnutzen der medizinischen Therapieoptionen würden sie wahrscheinlich rasch besser werden und somit die Arbeitsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigen. Auch die muskuloskelettalen Beschwerden und demonstrierten orthopädischen Funktionseinschränkungen, bevorzugt im Bereich der Wirbelsäule, seien – trotz Nachweises degenerativer Veränderungen (betont im Bereich der HWS) – nach den in den Akten dokumentierten und der im Rahmen des Gutachtens

erhobenen Befunde nicht rein somatisch zu erklären. Die orthopädische Untersuchung sei auch von einer erheblichen Selbstlimitation geprägt gewesen. Weiter seien fünf Waddell-Zeichen positiv gewesen und bei der Kraftprüfung der Hände habe der Versicherte Werte demonstriert, die in Bezug auf die rechte Hand nahe an einer Funktionsunfähigkeit und betreffend die linke Hand unterhalb der Norm für 90-jährige Frauen gelegen hätten. Konsistente Befunde hätten bei erheblicher Selbstlimitierung daher kaum erhoben werden können, weshalb auch eine Zuordnung der gemessenen Umfangsdifferenz der Beine zu einem organische Korrelat nicht möglich sei. Neurologisch würden sich keine radikulären Defizite zeigen. Allenfalls seien im Bereich der HWS radikuläre Irritationen C4 denkbar. Eine Minderbelastbarkeit der HWS liege möglicherweise vor, wobei sich diese nicht auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit auswirke. Diese Inkonsistenzen seien jedoch keine Folge einer bewussten Aggravation, sondern vorwiegend Symptome einer Schmerzverarbeitungsstörung in Form einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Diese Situation führe zu beträchtlichen Einschränkungen in allen Funktionsbereichen und auch bei den Aktivitäten des alltäglichen Lebens. Aufgrund der psychischen Schmerzverarbeitungsstörung würden die Schmerzen ein Ausmass erreichen, das über die somatischen Befunde hinausgehe und die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Der Versicherte gebe auch noch einige depressive Symptome an und berichte, er sei vor allem wegen den Schmerzen depressiv geworden, denn sein Lebenskonzept und die berufliche Laufbahn seien durch den Unfall zerstört worden. Er erfülle zwar nur eines der drei Hauptkriterien einer depressiven Episode gemäss dem ICD-10. Es seien aber vier der akzessorischen Kriterien für diese Diagnose erfüllt. Insofern und im Gesamtkontext sei die Diagnose einer depressiven Episode sinnvoll und möglich, allerdings sei der Schweregrad nur leichtgradig. Hinweise für eine rezidivierend verlaufende depressive Störung gebe es anamnestisch nicht. Nach der internistischen Untersuchung ergäben sich keine Diagnosen, die eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten.

5.1.3 Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte pract. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, eine leichtgradige depressive Episode und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Betreffend die Untersuchungsbefunde hielt er im Wesentlichen fest, dass keine Konzentrationsprobleme festzustellen seien und der Versicherte wach und allseits orientiert sei; dies habe sich auch im Laufe des Gesprächs nicht verändert. Das Gedächtnis und das formale inhaltliche Denken seien unauffällig und normal. Es bestünden keine Hinweise für Zwänge, Halluzinationen, Wahnvorstellungen oder für Ich-Störungen. Die Grundstimmung sei etwas betrübt, der affektive Rapport sei aber herstellbar und der Antrieb normal. Weiter sei die Psychomotorik unauffällig und der Versicherte sei weder innerlich angespannt, unruhig, nervös oder müde noch erschöpft und ausgelaugt. Zum Zeitpunkt des Gesprächs hätten keine Hinweise für eine Selbst- oder für eine Fremdgefährdung vorgelegen. Der Versicherte klage über depressive Symptome, die sowohl in den Akten beschrieben worden als auch im Rahmen der Untersuchung feststellbar gewesen seien. Er erfülle auch genügend Kriterien zur Stellung der Diagnose einer leichtgradigen depressiven Episode; es läge aber keine rezidivierende depressive Störung vor. Der Versicherte habe auch die Fragen am Schluss des Gesprächs adäquat und genau beantwortet. Weil er in der psychiatrischen und auch in der neurologischen Untersuchung keine Konzentrationsprobleme gehabt habe, könne keine diesbezügliche Diagnose gestellt

werden. Es sei jedoch festzustellen, dass die leichtgradige depressive Episode Konzentrationsprobleme verursachen könne.

Weiter hielt der Gutachter sinngemäss fest, dass die Schmerzen nur teilweise somatisch erklärbar seien, weshalb sie auch psychiatrische Ursachen hätten. Er würde deshalb aus psychiatrischer Sicht die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren stellen.

Bei der Herleitung der gestellten Diagnosen hielt der Gutachter fest, der Versicherte gebe Schmerzen im Bereich der HWS an, die in beide Arme ausstrahlen würden. Er gebe auch Schmerzen im Bereich des gesamten Kopfes, im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) und des rechten Daumens an. Es gehe dem Versicherten psychisch schlecht wegen den Schmerzen und dem Unfall, der – gemäss seinen Angaben – sein ganzes Leben zerstört habe. Er habe sich im Beruf immer mehr hochgearbeitet und er sei kurz davor gewesen, Hoteldirektor zu werden. Diese Möglichkeit sei durch den Unfall vernichtet worden. Im Zusammenhang mit den Schmerzen würden in den Akten verschiedene Diagnosen gestellt. So werde im Bericht des Spitals E.____ vom 14. Mai 2019 der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren genannt. Dies werde auch im neuropsychologischen Gutachten der Rehabilitationsklinik in G.____ vom 27. September 2019 und im Bericht der Ärzteschaft des Spitals E.____ vom 15. Mai 2020 bestätigt. Am 20. April 2021 habe dieses Spital zudem berichtet, dass kein objektivierbarer somatischer Befund die Symptome des Versicherten erklären könnte. Pract. med. F.____ hielt fest, dass seit dem Unfall eine chronische Schmerzsymptomatik bestehe und daraus folgend eine depressive Stimmungslage. Er erfülle denn auch eines der Hauptkriterien für die Diagnose einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Diese sei aber nicht rezidiv.

Weiter wies pract. med. F.____ darauf hin, dass beim Beschwerdeführer bereits zwei neuropsychologische Untersuchungen durchgeführt worden seien. In den entsprechenden Berichten der Rehabilitationsklinik in G.____ vom 27. September 2019 und des H.____-Spitals vom 20. Oktober 2021 seien verschiedene neuropsychologische Defizite in verschiedenen Bereichen festgestellt worden. Da in der Rehaklinik G.____ keine Symptomvalidierung durchgeführt worden und diese bei der zweiten Untersuchung im H.____-Spital auffällig gewesen sei, könnten die festgestellten neuropsychologischen Defizite nicht berücksichtigt werden. Im Rahmen der vorliegenden Begutachtung sei der Versicherte ebenfalls neuropsychologisch untersucht worden. Dr. sc. hum. I.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, habe in ihrem Teilgutachten vom 11. Dezember 2022 festgestellt, dass die Symptomvalidierung bei der Untersuchung stark auffällig gewesen sei. Die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests habe auf ein Aggravationsverhalten des Versicherten schliessen lassen, weshalb deren Ergebnisse inhaltlich nicht hätten ausgewertet werden können. Sie würden zudem wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde liefern, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbilden würden. Unter diesen Umständen bestehe auch das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten.

Im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führte pract. med. F.____ sodann aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der erhobenen Befunde sowohl in der angestammten Tätigkeit als Front Office Manager als auch in einer angepassten Arbeit zu 20 % eingeschränkt sei; weitere qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden nicht. Betreffend den zeitlichen Verlauf hielt der Gutachter fest, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht vom 14. Mai 2019 bis 27. September 2019 zu 20 %, vom 28. September 2019 bis 15. Mai 2020 zu 50 %, vom 16. Mai 2020 bis am 20. April 2021 zu 20% und sodann seit mindestens 21. April 2021 unbefristet zu 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei.

5.2 Zum Gutachten der medexperts ag vom 15. Dezember 2022 liess sich die RAD-Ärztin Dr. med. J.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, am 19. Dezember 2022 verlauten. Sie hielt zusammenfassend fest, dass das Gutachten versicherungsmedizinisch plausibel sei und die formalen wie auch die inhaltlichen Kriterien erfülle, weshalb darauf abgestellt werden könne.

5.3.1 Zusammen mit der Beschwerde vom 16. Juli 2024 und deren Ergänzungen vom 23. August 2024/18. September 2024 reichte der Beschwerdeführer verschiedene medizinische Unterlagen ein. So berichtete unter anderem pract. med. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Spital E.____, Klinik für Psychosomatik und Psychiatrie) am 5. Juli 2024, dass der Beschwerdeführer seit April 2022 in ihrer psychosomatischen Ambulanz behandelt werde und alle zwei Wochen in die psychosomatisch-psychiatrische Sprechstunde komme. Er sei während des gesamten Behandlungszeitraums stark psychisch belastet und im sozialen und beruflichen Funktionsbereich sehr stark beeinträchtigt; er sei nicht arbeitsfähig.

5.3.2 Weiter wurde ein Austrittsbericht der Klinik L.____ vom 10. Juli 2024 eingereicht, wo der Beschwerdeführer vom 12. März 2024 bis 16. April 2024 stationär behandelt wurde. Diesem Bericht ist als Hauptdiagnose eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu entnehmen. Als Nebendiagnosen wurden eine mittelgradige bis schwere depressive Episode, eine Panikstörung, Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, ein Status nach einer milden traumatischen Hirnverletzung am 29. Dezember 2017, ein Schlafapnoesyndrom sowie ein Folsäure- und ein Vitamin D-Mangel genannt. Der Versicherte sei aufgrund einer zunehmenden depressiven Symptomatik, einer Überforderung in der Alltagsbewältigung und wegen eines sozialen Rückzugs in die Klinik eingetreten. Ausserdem habe er unter Hoffnungslosigkeit bis Suizidgedanken und panischer Angst gelitten. In der zusammenfassenden Beurteilung im Austrittsbericht wurde aus psychiatrischer Sicht eine allgemeine Verminderung der depressiven Symptomatik und der Einengung des formalen Denkens festgestellt. Es habe mehrfache Einbrüche, geprägt durch Hoffnungslosigkeit, gegeben, welche weiterer Aufmerksamkeit bedürften. Der Wiederaufbau der sozialen Beziehungen werde als ein therapeutisches Ziel für eine weiterführende ambulante Behandlung gesehen. Betreffend die somatischen Beschwerden wurde im Bericht der Klinik L.____ unter anderem festgestellt, dass die kardiopulmonale Auskultation bland und das Abdomen weich mit mittellebhaften Darmgeräuschen gewesen seien. Weiter lägen multiple Nävi sowie ein Muskelhartspann im Nacken vor und die Beweglichkeit der HWS sei für die Lateralflexion zu zwei Dritteln eingeschränkt. Zudem sei die Rotation kaum möglich und der Kinn-Sternum-Inklinationsabstand betrage 4 cm. Die Reklination sei zu zwei Dritteln

schmerzhaft eingeschränkt. Weiter lägen Schmerzen paravertebral an der unteren Brustwirbelsäule links mehr als rechts vor. Der Lasègue rechts bestehe mit Schmerzangaben in der LWS schon beim Abheben um 1°. Der Beschwerdeführer sei in ein multimodales Physiotherapieprogramm integriert worden und er habe an allen Angeboten trotz Einschränkung teilgenommen und von der körperlichen Aktivierung profitiert. Er habe seine Körperwahrnehmung und -beweglichkeit verbessern sowie seine Ausdauer durch Nordic Walking steigern können. Zwischenzeitlich sei es mit myofaszialen Techniken gelungen, die Spannung vor allem in seiner rechten Körperhälfte zu verringern, was zu einer Entlastung der Kopfschmerzen geführt habe. Der Effekt sei jeweils leider nur kurzfristig gewesen. Zur Arbeitsfähigkeit ist dem Bericht zu entnehmen, dass der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig sei.

5.3.3 Zudem äusserte sich der behandelnde Hausarzt pract. med. M.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers. Am 10. Juli 2024 diagnostizierte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei mittel- bis schwergradiger neuropsychologischer Störung, nicht quantifizierbarer kognitiver Leistungsfähigkeit, Angststörungen mit rezidivierenden Panikattacken, ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, einen Status nach milder traumatischer Hirnverletzung Grad 2 - 3 und schwerem Schlafapnoesyndrom seit Dezember 2020. Weiter hielt pract. med. M.____ fest, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit dem Unfall im Dezember 2017 deutlich verschlechtert habe. Zuvor sei er bei guter Gesundheit gewesen. Derzeit weise er eine deutliche Abnahme seiner kognitiven Fähigkeiten auf. So habe er Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren, suche häufig nach Worten und seine Sprache sei verlangsamt. Ausserdem leide er unter Schlafstörungen und ständigen Schmerzen im Bereich der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule. Er könne nicht lange sitzen, stehen oder liegen. Er gehe regelmässig in die Physio- sowie in die Wasser- und Atemtherapie. Leider würden ihm diese Behandlungen nur vorübergehend (höchstens einen Tag) Linderung verschaffen. Da er den Versicherten bereits vor seinem Unfall gekannt habe und sich dessen derzeitiger physischer und psychischer Zustand trotz zahlreicher Behandlungsversuche und Krankenhausaufenthalte nicht habe verbessern können, sehe er ihn nicht mehr als arbeitsfähig an.

5.3.4 Der Beschwerdeführer liess weiter einen Verlaufsbericht von pract. med. K.____ vom 23. August 2024 einreichen. Die behandelnde Psychiaterin diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine mittelgradige bis schwere depressive Episode und einen Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und narzisstischen Anteilen. In ihrer Beurteilung hielt sie fest, der Versicherte habe bis zu seinem Unfall mit seiner persönlichkeitsstrukturellen Schwäche gut kompensiert und hochfunktionalisiert gelebt. Er habe sehr viel gearbeitet und sich als alleinerziehender Vater um beide Kinder gekümmert. Seine Freizeit habe er an beruflichen und gesellschaftlichen Events verbracht und habe auf hohem Niveau funktioniert. Er habe so seiner inneren Leere und seinem Selbstwertkonflikt ausweichen können. Seine Kompensationsstrategien wie hohe Leistungsbereitschaft und beruflicher Erfolg würden nicht mehr funktionieren und er sei in eine tiefe Krise gestürzt. Er erlebe den beruflichen Abstieg und die gesundheitlichen Einschränkungen als grosse Kränkung seines Selbstwerts mit grossem Schamerleben. Dies erhalte die Depression aufrecht. Die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und die Depression würden

sich wechselseitig negativ beeinflussen. Die komorbid vorliegende persönlichkeitsstrukturelle Auffälligkeit/Störung verschlechtere die Prognose bzw. erschwere die Behandlung.

Die Funktionsstörungen nach Mini-ICF-App ergäben, dass die Anpassung an Regeln und Routinen beim Beschwerdeführer schwer eingeschränkt sei. Aufgrund seines Energiemangels und seiner chronischen Schmerzen benötige er zahlreiche, teilweise lange Pausen, was die pünktliche Erfüllung von täglichen Routineabläufen schwer beeinträchtigt. In der Planung und Strukturierung von Aufgaben sei er mittelgradig eingeschränkt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, sich an wechselnde Situationen wie kurzfristige Zeitveränderungen, räumliche Veränderungen oder neue soziale Partner/Aufgaben rasch anzupassen, sei ebenfalls schwer beeinträchtigt. Bereits Veränderungen von Therapiezeiten seien für ihn sehr herausfordernd. Die Anwendung seiner fachlichen Kompetenzen sei mittelgradig eingeschränkt bei verminderter Konzentrationsfähigkeit und chronischer Depersonalisation. Seine Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei aufgrund seiner reduzierten Belastbarkeit schwer und die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Es falle ihm schwer, sich in sozialen Situationen adäquat durchzusetzen und zu behaupten. In der Kontaktfähigkeit zu Dritten sei er aufgrund seiner inneren Unsicherheit und dem Schamerleben seit dem Unfall beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit sei bei hoher Reizsensitivität stark und die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei mittelgradig eingeschränkt. So habe der Versicherte seit Jahren keine Partnerschaft mehr und Besuche von Verwandten seien sehr anstrengend für ihn. Spontanaktivitäten, das heisst Alltagsaktivitäten selbst zu initiieren und wahrzunehmen, seien ebenfalls mittelgradig eingeschränkt. Auch sei er in der Selbstpflege leicht beeinträchtigt und wirke häufig etwas ungepflegt. Seine Verkehrsfähigkeit sei aber intakt, könne er doch mit den öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Mofa zu verschiedenen Orten gelangen.

Pract. med. K.____ empfahl die Weiterführung der ambulanten Psychotherapie. Es werde zudem ein zweiter stationärer Aufenthalt in der Klinik L.____ in Erwägung gezogen.

5.4 Nach Eingang der in Erwägung 5.3 zitierten aktuellen medizinischen Berichte forderte die Beschwerdegegnerin den RAD auf, sich dazu äussern. Pract. med. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Einschätzung vom 21. Oktober 2024 fest, dass sich unabhängig von möglichen Fragen zur Qualität des Gutachtens der medexperts AG vom 15. Dezember 2022 aus versicherungsmedizinischer Sicht deutliche Hinweise auf einen divergenten Gesundheitszustand im Vergleich zu den aktuellen Berichten und Einschätzungen ergäben. Damit sei bei dem mittlerweile knapp zwei Jahre alten Gutachten aus rein psychiatrischer Sicht nicht mehr von einer bis heute gültigen Einschätzung des medizinischen Sachverhalts auszugehen. Mit anderen Worten bestünden genügend Anhaltspunkte aus medizinischer Sicht, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten in relevanter und anhaltender Weise verändert habe, weshalb weitere (erneute) Abklärungen zu empfehlen seien. Diese Angaben bestätigte pract. med. N.____ am 18. Dezember 2024.

6.1 Die IV-Stelle stellte in der angefochtenen Verfügung vom 21. Juni 2024 bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vollumfänglich auf die Ergebnisse des Gutachtens der medexperts ag vom 15. Dezember 2022 ab und

sprach ihm mit Wirkung ab Januar 2020 eine Viertelsrente und ab April 2020 bis Juli 2021 eine halbe Rente zu. Diesem Vorgehen kann jedoch nicht gefolgt werden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien sind vorliegend nicht von der Hand zu weisen, was auch von der IV-Stelle nicht bestritten wird.

6.2.1 Das Kantonsgericht hat bereits in seinem Beschluss vom 23. Oktober 2025 – worauf vorliegend verwiesen wird – ausführlich die Gründe dargelegt, weshalb sich das Gutachten der medexperts ag vom 15. Dezember 2022 als nicht beweistauglich erweist und darauf nicht abgestellt werden kann. Wie im Beschluss ausgeführt, erwies sich die Zumutbarkeitsbeurteilung in der gesamtmedizinischen Konsensbesprechung als zweifelhaft. So hatte die begutachtende Ärzteschaft im Gutachten angegeben, dass sich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gesamthaft einzig auf die Ausführungen und Feststellungen im psychiatrischen Teilgutachten stütze. Dieser Aussage kann aber nicht gefolgt werden, weil dem Diagnosekatalog mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 5.1.1) auch ein chronifiziertes Schmerzsyndrom der Wirbelsäule (ICD-10 M54.5) und damit ein somatischer Befund zu entnehmen war. Die Einschätzung der Gesamtarbeitsfähigkeit erwies sich als bereits unter diesem Aspekt als fraglich.

6.2.2 Dem Beschluss des Kantonsgerichts ist in Erwägung 3.3 zu entnehmen, dass dem psychiatrischen Teilgutachten und damit auch der Zumutbarkeitsbeurteilung in der Konsensbeurteilung keine volle Beweiskraft zugemessen werden können. Betreffend die Ausführungen von pract. med. F. ____ ist sodann festzustellen, dass die Leserlichkeit seiner Ausführungen durch die ständigen Wiederholungen desselben Inhalts (vgl. zum Beispiel Ziffer 4.2, Seite 29/69) und dem Wechsel zwischen Anamnese, Aussagen des Beschwerdeführers und eigenen Erhebungen äussert erschwert wird. Damit mangelt es dem Gutachten bereits an einem koordinierten und professionellen Vorgehen. Weiter überzeugen die vorgenommene Befunderhebung und die Herleitung der psychiatrischen Diagnosen nicht. So fehlt es dem psychiatrischen Teilgutachten insbesondere an einer vertieften und korrekten Auseinandersetzung mit den Vorberichten und dies obwohl sich der Gutachter gerade in Bezug auf den zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit und die Diagnosestellung darauf stützte. So wies er auf den Bericht des Spitals E. ____ vom 14. Mai 2019 hin, in welchem der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festgehalten und dem Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall im Dezember 2017 attestiert wurden. Pract. med. F. ____ bescheinigte unter Bezugnahme auf diesen Bericht, aber ohne konkrete Auseinandersetzung mit der darin festgehaltenen Zumutbarkeitsbeurteilung, lediglich eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 14. Mai 2019. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und die Diagnosestellung ab Mitte Mai 2020 berief sich der Gutachter auf den Bericht des Spitals E. ____ vom 15. Mai 2020. Diesem ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren leide. Weiterhin wurde dem Versicherten seit dem Unfall im Dezember 2017 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt. Pract. med. F. ____ ging jedoch erneut ohne konkrete Diskussion und Begründung davon aus, dass ihm mit Wirkung ab 15. Mai

2020 eine Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar sei, was ebenfalls nicht nachvollziehbar ist. Nicht plausibel ist in diesem Zusammenhang auch die Feststellung von pract. med. F.____ (Seite 51/86), dass den Akten keine Hinweise zu entnehmen seien, wonach der Versicherte vor der aktuellen depressiven Episode schon einmal depressiv gewesen sei, weshalb keine rezidivierende Depression diagnostiziert werden könne. Diese Aussage widerspricht auch dem Bericht des H.____-Spitals vom 20. Oktober 2020, auf welchen sich der Gutachter betreffend die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung mehrfach bezog, dem die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit wöchentlicher Psychotherapie ohne medikamentöse Therapie zu entnehmen ist. Schliesslich wies pract. med. F.____ auf die Ausführungen der Ärzteschaft des Spitals E.____ vom 20. April 2021 hin. Demnach leide der Beschwerdeführer seit dem Unfall an einer chronischen Schmerzsymptomatik und daraus folgend an einer depressiven Stimmungslage; er sei vollständig arbeitsunfähig. Der Gutachter hielt dazu fest, dass diese Einschätzung einleuchte. Dennoch bescheinigte er ohne substantiierte Begründung dem Beschwerdeführer mit Wirkung ab 21. April 2021 eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Weiter fehlt es im psychiatrischen Teilgutachten von pract. med. F.____ auch an einer verlässlichen fachpsychiatrischen Beurteilung und Einordnung der Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung. Er wies zwar mehrfach auf die Ausführungen im neuropsychologischen Teilgutachten der Neuropsychologin Dr. I.____ vom 11. Dezember 2022 und die Ergebnisse der bereits im Jahr 2019 in der Rehabilitationsklinik in G.____ und im Herbst 2021 im H.____-Spital durchgeführten neuropsychologischen Untersuchungen hin. Diese hätten wie in der aktuellen Untersuchung (bei Dr. I.____) ebenfalls Auffälligkeiten aufgewiesen und keine Symptomvalidierung zugelassen. Er unterliess es jedoch, die Ergebnisse dieser Untersuchungen aus psychiatrischer Sicht fundiert zu diskutieren. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der aktuellen und der früheren neuropsychologischen Gutachten hätte sich insbesondere mit Blick auf die Gesamtbeurteilung der untersuchenden Ärzteschaft aufgedrängt. Dieser ist entgegen der Auffassung von Neuropsychologin Dr. I.____, welche bei der Zusammenstellung der Befunde in den Leistungstests auf ein Aggravationsverhalten des Versicherten schloss, zu entnehmen, dass die im Rahmen der Untersuchungen festgestellten Inkonsistenzen *nicht* Folge einer Aggravation, sondern vorwiegend als Symptom einer Schmerzverarbeitungsstörung in Form einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seien.

6.2.3 Damit steht fest, dass das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten der medexperts ag vom 15. Dezember 2022 keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bildet, weshalb die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren mit Blick auf den Gesundheitszustand bzw. die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gesamthaft – seit der Anmeldung zum Leistungsbezug – nicht beweiskräftig sind.

7. Aufgrund der vorstehenden Erwägungen drängen sich weitere Untersuchungen auf. Fraglich ist jedoch, ob die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen oder ein Gerichtsgutachten einzuholen ist, wie dies der Beschwerdeführer im Falle einer weiteren Abklärungsbedürftigkeit des Sachverhalts beantragt. Das Kantonsgericht hat bereits im Beschluss vom 23. Oktober, Erwägung 4.1, dazu Stellung genommen und festgestellt, dass unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 137 V 210 E. 4.4.1) einer Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur umfassenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts nichts

entgegensteht. Konkret wurde festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin es versäumt habe, den massgeblichen medizinischen Sachverhalt mit der erforderlichen Sorgfalt umfassend und widerspruchsfrei abzuklären, was von dieser im vorliegenden Beschwerdeverfahren auch nicht bestritten werde. Da es indessen nicht Aufgabe des kantonalen Gerichts sein könne, versäumte Abklärungen im Verwaltungsverfahren selber nachzuholen, stehe daher einer Rückweisung an die Vorinstanz nichts entgegen. Unter diesen Umständen sei auf das Einholen eines Gerichtsgutachtens, wie dies der Beschwerdeführer beantrage, zu verzichten. An diesen Ausführungen ist auch vorliegend festzuhalten. Demnach hat die IV-Stelle den Beschwerdeführer erneut umfassend medizinisch sowohl in somatischer (orthopädischer, neurologischer, rheumatologischer) wie auch in psychiatrischer und allenfalls neuropsychologischer Hinsicht abzuklären. Dabei wird sie über die Vergabeplattform SuisseMed@P (unter Ausschluss der medexperts ag) eine umfassende polydisziplinäre Expertise einzuholen haben. Gestützt auf die Ergebnisse dieser Abklärung wird die Beschwerdegegnerin anschliessend über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu befinden haben.

8. Im Ergebnis ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. Juni 2024 aufzuheben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurückzuweisen ist. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

9.1 Abschliessend bleibt über die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu befinden. Beim Entscheid über die Verlegung der Verfahrens- und der Parteikosten ist grundsätzlich auf den Prozessausgang abzustellen. Hebt das Kantonsgericht eine angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung und zur neuen Beurteilung an die Verwaltung zurück, gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (BGE 137 V 57 E. 2.1, 132 V 215 E. 6.2, jeweils mit Hinweisen).

9.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei auferlegt. Vorliegend ist die IV-Stelle unterliegende Partei, weshalb ihr die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- aufzuerlegen sind.

9.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Versicherte obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Versicherten machte in seiner Honorarnote vom 26. Februar 2025 für das vorliegende Beschwerdeverfahren einen Zeitaufwand von 16,30 Stunden geltend. Dieser Aufwand ist unter Berücksichtigung, dass der Rechtsvertreter den Beschwerdeführer erst im Rahmen des vorliegenden Verfahrens vertrat und es sich um ein umfassendes Dossier handelte, noch als knapp angemessen zu erachten. Nicht zu beanstanden sind die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 125.20. Dem Versicherten ist daher eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 4'540.40 (16,3 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 125.20 plus 8,1 % Mehrwertsteuer) zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen.

10.1 Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wiedergutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid herbeiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiell-rechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 E. 4.2).

10.2 Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 21. Juni 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückgewiesen wird.
 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden der IV-Stelle auferlegt.
 3. Die IV-Stelle hat dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in Höhe von Fr. 4'540.40 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.