



Entscheidung des Kantonsgesichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 14. August 2025 (720 24 246)

Invalidenversicherung

Prüfung des medizinischen Sachverhalts nach Neuanschuldung; überzeugendes externes MEDAS-Gutachten.

_____ Besetzung Vizepräsident Christof Enderle, Kantonsrichter Jürg Pulver, Kantonsrichter Andreas Blattner, Gerichtsschreiber Pascal Acrémann

_____ Parteien **A.**_____, Beschwerdeführer, vertreten durch Laura Kunz, Advokatin, Rechtsdienst Behindertenforum, Bachlettenstrasse 12, 4054 Basel

gegen

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

_____ Betreff IV-Rente

A.1 Der 1972 geborene A._____, gelernter Chemielaborant, war nach seiner Einreise in die Schweiz am 6. August 1995 in verschiedenen Hilfsfunktionen bei diversen Arbeitgebern tätig. Am 12. Januar 2018 meldete er sich unter Hinweis auf Brust- und Nackenschmerzen sowie einen Status nach Pneumothorax erstmals bei der Schweizerischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Nachdem die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) die Verhältnisse abgeklärt und den Versicherten bei der Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH (ABI) polydisziplinär abklären liess (Expertise vom 9. Mai 2019) verneinte sie bei einer Einschränkung der Ar-

beitsfähigkeit von 20 % mit Verfügung vom 9. Dezember 2019 einen Anspruch auf eine Invalidenrente. Diese Verfügung erwuchs in Rechtskraft.

A.2 Am 6. April 2021 meldete sich A._____ erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle leitete daraufhin eine erneute Sachverhaltsabklärung ein und beauftragte im Rahmen dessen die medexperts ag (medexperts) mit der Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens (Expertise vom 26. Juni 2023). Gestützt auf deren Ergebnisse stellte sie einen Invaliditätsgrad von 20 % fest und wies das Leistungsbegehren – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren – mit Verfügung vom 29. Juli 2024 erneut ab.

B. Dagegen erhob A._____, vertreten durch Advokatin Laura Kunz, Rechtsdienst Behinderforum, am 10. September 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Er beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung der IV-Stelle vom 29. Juli 2024 aufzuheben. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen zu gewähren und ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei zur Klärung des medizinischen Sachverhalts im Fachbereich Psychiatrie ein gerichtliches Obergutachten einzuholen; unter o/e-Kostenfolge. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Verbeiständung mit Advokatin Laura Kunz als Rechtsvertreterin. Zur Begründung machte er im Wesentlichen geltend, der angefochtene Entscheid beruhe auf unzureichenden medizinischen Unterlagen.

C. Mit Verfügung vom 14. Oktober 2024 wurde dem Beschwerdeführer für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Verbeiständung mit Advokatin Laura Kunz als Rechtsvertreterin bewilligt.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 28. Oktober 2024 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Gleichzeitig legte sie ihrer Stellungnahme die Beurteilungen der RAD-Ärzte B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. Oktober 2024 und Dr. med. C._____, Praktischer Arzt, vom 28. Oktober 2024 bei.

E. Anlässlich des zweiten Schriftenwechsels (Replik vom 5. November 2024; Duplik vom 20. Januar 2025) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

F. Mit Instruktionsverfügung vom 23. Januar 2025 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

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 beim 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. Nach § 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 im Übrigen frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 10. September 2024 ist demnach 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. Auf 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. die Abweisung des Leistungsgesuchs – wie hier – nach dem 1. Januar 2022 verfügt, gilt unter anderem folgendes: Liegt der – mutmassliche – Eintritt der Invalidität und Beginn des Rentenanspruchs vor dem 1. Januar 2022, so bleiben die bis 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen anwendbar (Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9101). Aufgrund der Anmeldung vom 6. April 2021 fällt ein Rentenbeginn frühestens auf den 1. Oktober 2021. Demnach bleiben die Bestimmungen des IVG, der IVV sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar. Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

2. Streitig ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2024 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 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 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).

3.2 Nach Art. 6 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 ver-

stehen (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 hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelrente, 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.

3.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

3.5 Auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs hat die Verwaltung nur einzutreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 IVV). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung ein, so hat sie den Sachverhalt materiell abzuklären und zu prüfen, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

4.1 Ausgangspunkt für die Ermittlung des Invaliditätsgrads ist die Frage, ob und in welchem Ausmass die versicherte Person infolge ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person stützt sich die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen, die von Ärztinnen und Ärzten sowie gegebenenfalls weiteren Fachpersonen zur Verfügung zu stellen sind. Es ist Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte, den Gesundheitszustand zu beurteilen und sich dazu zu äussern, in welchem Umfang und hinsichtlich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2024,

8C_122/2023, E. 2.3). 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, 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. 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, 122 V 157 E. 1c).

4.3 Dennoch erachtet es die 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 ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). 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 und Ärztinnen 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 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] 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 oder Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte und Ärztinnen 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 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 49 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugelenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. In BGE 143 V 409 und 143 V 418 hat das Bundesgericht entschieden, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses für somatoforme Leiden entwickelte Vorgehen definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4 bis 3.6 und 4.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

5. 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 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). 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).

6.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Berichte wiedergegeben werden, welche für den Entscheid zentral sind.

6.2 Im Gutachten der ABI vom 9. Mai 2019 wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Thoraxschmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 K22.4, R07.3, I20.1) sowie ein chronisches zervikospodylogenes/zervikocephales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0/M53.1) diagnostiziert. Nach mehrjährigen thorakalen Beschwerden mit wiederholten kardiologischen Abklärungen (2017/2018) liess sich keine strukturelle Herzerkrankung nachweisen. Die während einer Koronarangiographie beobachteten Vasospasmen würden als unspezifischer Befund gewertet. Die Echokardiographie und das Ruhe EKG zeigten unauffällige Befunde. Das vorgeschlagene Belastungs-EKG sei vom Versicherten wegen eines Hirnaneurysma abgelehnt worden resp. sei nicht durchführbar gewesen. Rheumatologisch bestünde ein chronisches zervikospodylogenes

bis zervikocephales Schmerzsyndrom auf der Grundlage degenerativer Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) mit eingeschränkter Beweglichkeit. Daneben finde sich ein Dupuytren palmar am rechten Ringfinger sowie ein diskretes Schulterimpingement rechts; eine zuvor vermutete Frozen Shoulder bestätige sich nicht. Neurologisch ergebe sich keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestünde ein multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom (funktionell, Schmerzmittelübergebrauch, Spannungskopfschmerzen), ein funktioneller Schwindel sowie kleine, asymptomatische Mediaaneurysmen links. Diese seien nicht behandlungsbedürftig. Psychiatrisch habe die Somatisierungsstörung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die allgemeininternistischen Befunde würden die Arbeitsfähigkeit ebenfalls nicht beeinträchtigen. Im Ergebnis stelle das Gutachten – im Kontrast zur subjektiven Einschätzung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit – eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten fest.

6.3 Am 26. November 2021 erstatteten Dr. med. D.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. E.____ Bericht über die seit dem 8. September 2021 bestehende Behandlung des Versicherten, die in Abständen von zwei bis drei Wochen durchgeführt werde. Sie diagnostizierten eine prolongierte mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Klinisch zeige sich ein unauffälliges Langzeitgedächtnis. Der Versicherte sei im formalen Gedankengang auf starke Scham- und Schuldgefühle sowie Todesängste eingeengt. Er weise eine eingeschränkte affektive Modulationsfähigkeit sowie eine Störung der Vitalgefühle und des Selbstvertrauens auf. Ferner bestünden kognitive Störungen (Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite), ein verminderter Antrieb, eine Müdigkeit, eine rasche Erschöpfbarkeit, Schlafstörungen, eine Reizbarkeit, eine Interessen- und Freudlosigkeit mit Klagen über Verlust von Zukunftsperspektiven und existenzielle Ängste. Soziale Kontakte würden gemieden. Aus therapeutischer Sicht wäre es für den Selbstwert des Versicherten wichtig, einer Tätigkeit nachzugehen. Aktuell sei er kaum belastbar. Bei psychischer Stabilisierung sei jedoch in zwei bis drei Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % realistisch. In einer angepassten Tätigkeit sei zunächst ein Pensum von 2 bis 3 Stunden pro Tag an drei Tagen pro Woche zumutbar, welches monatlich um jeweils 10 % gesteigert werden könne. Die Unterstützung der IV beim beruflichen Wiedereinstieg sei dringend indiziert.

6.4 Am 4. April 2022 berichtete Dr. D.____, dass die Bemühungen, den Versicherten für eine berufliche Eingliederung zu gewinnen, erfolglos geblieben seien. Er betrachte sich als schwer krank. Klinisch zeige sich ein depressives Zustandsbild mit vermindertem Antrieb, Interessen- und Freudlosigkeit, Verlust der Zukunftsperspektive, existentiellen Ängsten und sozialem Rückzug. Der Affekt sei leicht depressiv, ängstlich und innerlich unruhig. Psychovegetativ bestünden Ein- und Durchschlafstörungen mit schlechter Schlafqualität und Alpträumen. Die Prognose sei als schlecht einzustufen. In den therapeutischen Gesprächen habe der Versicherte zwar einerseits Motivation geäußert, beruflich wieder einzusteigen, andererseits jedoch kategorisch angegeben, aufgrund der Angst vor gesundheitlichen Komplikationen – insbesondere bei körperlicher Anstrengung – keine Arbeit aufnehmen zu können. Versuche, den Versicherten für eine Behandlung mit hochpotenten, antriebssteigernden sowie schlafanstossenden Antidepressiva zu gewinnen, seien gescheitert. Zwar erscheine eine berufliche Eingliederung aus fachlicher Sicht weiterhin dringend angezeigt, der Versicherte habe sich im Verlauf der Behand-

lung jedoch nicht für einen konkreten Wiedereinstieg gewinnen lassen. Er betrachte sich aufgrund seiner Ängste als für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr belastbar.

6.5 Am 12. Oktober 2022 hielt Dr. D._____ fest, dass im Jahr 2022 insgesamt drei Therapie-sitzungen durchgeführt worden seien. Er stellte die Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und gemischter depressiver Reaktion (ICD-10 F43.22) und führte differentialdiagnostisch eine prolongierte leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) an. Beim Versicherten bestünde ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn. Er habe sich nicht in der Lage gesehen, einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachzugehen. Die Behandlung sei am 16. August 2022 beendet worden.

6.6 Die IV Stelle liess den Versicherten durch die medexperts polydisziplinär begutachten (Expertise vom 26. Juni 2023). Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende somatische Diagnosen gestellt: multiple asymptomatische cerebrale Aneurysmata (ICD-10 I67.10), einen Status nach Aneurysma Clipping 2021, ein chronisches Cervicalsyndrom (ICD-10 M54.82) bei degenerativen Veränderungen (Spondylosen, Unkarthrosen HWS) sowie eine Diskopathie auf Höhe C5/C6 (ICD-10 M50.3). Psychiatrisch wurden eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), diagnostiziert. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lägen ein Medikamenten-Übergebrauchskopfschmerz (ICD-10 G44.4), eine unspezifische Sensibilitätsstörung der Finger links (ICD-10 R20.2), Beschwerden der rechten Schulter (ICD-10 M25.51, M25.61, M75.1, M19.01), eine Chondropathia patellae rechts (ICD-10 M22.4), Kreuzschmerzen (ICD-10 M54.5), ein Dupuytren Strahl IV rechts (ICD-10 M72.0), eine gastroösophageale Refluxkrankheit (ICD-10 K21.9) sowie eine nicht näher bezeichnete kardiale Arrhythmie (ICD-10 I49.9) vor.

Aus internistischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden.

In neurologischer Hinsicht würden Aufmerksamkeit und Konzentration der nach dem biographischen Hintergrund zu erwartenden Leistungsfähigkeit entsprechen. Hinweise auf konsistente Gedächtnisstörungen, Aphasie, Apraxie oder Agnosie hätten sich nicht ergeben. Es bestehe eine chronifizierte Kopfschmerzproblematik bei Medikamentenübergebrauch, welche seit Jahren bekannt sei. Mehrfach vorgeschlagene stationäre Entzugsbehandlungen seien vom Versicherten abgelehnt worden. Es zeige sich eine ausgeprägte Passivität, die zur Chronifizierung der Beschwerden beitrage. Bildmorphologisch hätten sich 2018 als Zufallsbefund zwei Aneurysmata im Bereich der Mediabifurkation links gezeigt. 2021 sei ein weiteres Aneurysma an der Arteria communicans anterior diagnostiziert und chirurgisch mittels Clippings versorgt worden. Postoperativ sei es zu einem Wundinfekt mit Revision gekommen. Es hätten sich zu keinem Zeitpunkt neurologische Defizite oder eine Meningitis gezeigt. Die vom Versicherten geschilderte chronifizierte Kopfschmerzsymptomatik habe bereits vor dem Eingriff bestanden. Eine Anbindung an die Kopfschmerzprechstunde der Neurologie am Spital F._____ sei erfolgt; empfohlene therapeutische Anpassungen (einschliesslich medikamentöser Umstellung) seien jedoch vom Versicherten nicht gewünscht worden. Eine HNO-ärztliche Abklärung vom 30. März 2022 habe keine Hinweise auf ein peripher vestibuläres Defizit ergeben. In der bisherigen wie

auch in einer angepassten Tätigkeit ermittelte die Gutachterin aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (20 % Einschränkung), wobei ein erhöhter Pausenbedarf zu berücksichtigen sei.

Aus orthopädischer Sicht zeige sich eine verminderte Belastbarkeit des Bewegungsapparats, insbesondere der HWS, des rechten Schultergelenks sowie beider Kniegelenke. Der Versicherte könne daher keine Lasten über 10 kg heben oder tragen, keine häufigen Zwangspositionen der Wirbelsäule oder der genannten Gelenke einnehmen und keine wiederholten In-/Reklinations- oder Rotationsbewegungen der Wirbelsäule ausführen. Ferner seien häufige Tätigkeiten über der Horizontalebene sowie repetitive Bewegungen der rechten Schulter zu vermeiden. Gleiches gelte für längeres Gehen oder häufiges Überwinden von Höhendifferenzen (Treppen, Leitern, Gerüste). Als Ressource wurde hervorgehoben, dass klinisch und bildgebend keine schwerwiegenden pathologischen Befunde am Bewegungsapparat erhoben worden seien und keine motorischen Ausfallsymptome vorliegen würden. Seit der früheren Begutachtung durch die ABI habe sich keine relevante Veränderung ergeben. Die damalige rheumatologische Einschätzung könne übernommen werden. Demnach bestehe seit November 2018 sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Der Versicherte könne ganztags arbeiten, sofern ihm zusätzliche, selbstbestimmbare Pausen gewährt werden, deren Dauer jedoch eine Stunde nicht überschreiten sollte.

In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass der Versicherte im Vergleich zum Vorgutachten im Querschnitt leichte bis mittelgradige depressive Symptome aufweise, die als reaktiv sowie in ihrer Ausprägung als leicht bis allenfalls mittelgradig einzustufen seien. Gedächtnis-, Aufmerksamkeits- oder Gedächtnisstörungen würden sich nicht objektivieren lassen. Die Grundstimmung sei traurig. Der Versicherte schäme sich, auf psychiatrische Hilfe angewiesen zu sein. Er vermöge sich über seine Kinder zu freuen und empfinde Stolz in Bezug auf diese, ansonsten berichte er über einen weitgehenden Verlust von Freude und zeige eine innere Unruhe. Auffällige psychosomatische Korrelate oder Hinweise auf eine Antriebsstörung seien bei der Untersuchung nicht festgestellt worden. Es bestünde ein sozialer Rückzug. Der Versicherte habe ein sehr ausgeprägtes körperliches und psychisches Krankheitsgefühl. Er berichtet über Schlafstörungen, eine rasche Ermüdbarkeit, ein mangelndes Durchhaltevermögen sowie das Empfinden eines dauerhaften Stresses. Wegen des Refluxes esse er nur wenig. Zudem habe sein Interesse an Sexualität nachgelassen. Bereits im Vorgutachten seien sämtliche nun erneut geklagten Beschwerden thematisiert worden. Die Kopfschmerzen, welche bereits vor der Diagnose der Aneurysmen bestanden hätten, hätten sich in den letzten Jahren unverändert gezeigt und würden weiterhin als Ausdruck einer leichten Somatisierungsstörung gewertet. Aufgrund der Angaben des behandelnden Psychiaters bestünde der Eindruck, dass keine ausreichende Behandlungsbereitschaft vorhanden sei. Eine strukturierte Therapie, etwa in Form einer multimodalen Schmerzbehandlung oder einer krankheitsbezogenen Bewältigungstherapie, sei nicht angegangen worden. Im Längsschnitt sei zugunsten des Versicherten von einer leichtgradigen Störung auszugehen. Eine andere psychische Erkrankung nach ICD-10 könne gegenwärtig ausgeschlossen werden. Das Aktivitätsniveau des Versicherten sei in sämtlichen Lebensbereichen, einschliesslich der beruflichen Teilhabe, in vergleichbarer Weise eingeschränkt. Er leide seit längerem unter einer prekären finanziellen Situation sowie gegenwärtig unter einer nur be-

schränkten Aufenthaltsbewilligung, verbunden mit der Angst vor einer Wegweisung. Im Falle einer Wegweisung sehe er keinen Lebenssinn mehr. Trotz der beklagten Symptome sei die bestehende Medikation nicht angepasst worden. Im Gegenteil erwäge der behandelnde Psychiater eine Umstellung auf ein homöopathisches Präparat. In Anlehnung an den Mini-ICF-APP zeige der Versicherte eine schwere Einschränkung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie leichte Einschränkungen in den Bereichen Planung und Strukturierung von Aufgaben, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Proaktivität, Spontanaktivität sowie Widerstands- und Durchhaltevermögen. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der bestehenden Somatisierungsstörung und der leichten depressiven Symptomatik ab Begutachtungszeitpunkt von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Retrospektiv könne zur Arbeitsfähigkeit keine Stellung genommen werden. Der Versicherte betrachte sich selbst auch künftig als vollständig arbeitsunfähig, weshalb die Prognose als ungünstig einzustufen sei.

Aus gesamtmedizinischer Sicht sei die psychophysische Belastbarkeit des Versicherten aufgrund der Beschwerden des Bewegungsapparats sowie der neurologischen und psychiatrischen Diagnosen reduziert. Die funktionellen Einschränkungen aus den verschiedenen Fachdisziplinen würden sich indessen nicht addieren. Aus polydisziplinärer Sicht liege die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Arbeit weiterhin bei 80 %, dies frühestens sechs bis acht Wochen nach der Kraniotomie vom 19. Mai 2021.

6.7 Am 27. November 2023 nahm Dr. med. G.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Stellung. Er führte aus, den Versicherten seit dem 20. April 2023 zu behandeln. Zuvor sei dieser bei der delegiert arbeitenden Psychologin von Dr. D.____ in Behandlung gestanden, habe sich dort jedoch nicht ernst genommen gefühlt. Der Versicherte nehme die Termine regelmässig wahr, vergesse oder verwechsle sie jedoch gelegentlich. Im Gespräch wirke er ängstlich, weinerlich und traurig. Wiederholt bestünden lebensüberdrüssige Gedanken, konkrete suizidale Vorstellungen äussere er nicht. Der sprachliche Ausdruck sei verlangsamt, leise und monoton. Auch das motorische Verhalten sei deutlich verlangsamt. Es zeige sich eine gestörte Antriebslage, eine gedrückte Stimmung sowie eine Verminderung der alltäglichen Aktivitäten. Die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei reduziert, ebenso die Konzentrationsfähigkeit. Hinzu träten eine ausgeprägte Müdigkeit, ein verminderter Appetit, Schlafstörungen sowie ein stark beeinträchtigt bis nahezu aufgehobenes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Der Versicherte berichte über Schuldgefühle und Überzeugungen der eigenen Wertlosigkeit. Weiter bestünden ein Morgentief, eine deutliche psychomotorische Verlangsamung sowie ein Libidoverlust. Die Kriterien einer depressiven Störung seien erfüllt. Diese bestünde seit 2016 rezidivierend. Aktuell sei von einer mittelgradigen Episode mit somatischem Syndrom im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.11) auszugehen. Zusätzlich diagnostizierte er eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Aus diesem Grund sei der Versicherte für jegliche Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig. Zum psychiatrischen Teilgutachten der medexperts führte Dr. G.____ aus, die Feststellungen der Gutachterin stünden teilweise im Widerspruch zu den Angaben des Versicherten, insbesondere bezüglich Gedächtnisstörungen und Antrieb. Fraglich sei, ob im Rahmen der Begutachtung geeignete Testungen vorgenommen worden seien, um Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen objektiv zu erfassen. Dass der Versicherte – wie im Gutachten beschrieben – Hausarbeiten verrichte, sei ihm nicht bekannt und erscheine nicht

realistisch. Im Übrigen bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen der im Gutachten diagnostizierten leichten depressiven Episode und den objektiven Befunden, welche vielmehr für eine mittelgradige Episode sprächen.

6.8 Im Bericht der Klinik H.____ vom 19. März 2024 wurden folgende Diagnosen gestellt: eine leichte neurokognitive Störung, multiple intrakranielle Aneurysmata, eine Migräne ohne Aura, Kopfschmerzen bei Übergebrauch von Schmerzmitteln sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. Nach den Angaben des Versicherten habe er seit den neurochirurgischen Eingriffen kognitive Auffälligkeiten in Form von Konzentrations-schwierigkeiten im Alltag bemerkt. Der Verlauf dieser Störungen liesse sich nicht eindeutig beurteilen. Über die Zeit habe sich weder eine klare Besserung noch eine Verschlechterung ergeben. Zudem seien die Kopfschmerzen seit den Operationen stärker ausgeprägt. Bezüglich Stimmungslage gebe der Versicherte an, diese sei aktuell schlecht, was nach seinen Angaben insbesondere mit den täglichen Schmerzen zusammenhänge. Auch der Schlaf sei beeinträchtigt, unter anderem durch refluxbedingte Durchschlafstörungen. Auf Nachfrage würden alle drei Hauptsymptome sowie zwei Zusatzsymptome einer depressiven Episode nach ICD-10 bejaht, womit die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode erfüllt seien. Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich testpsychologisch mittelgradige Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit, verbales episodisches Gedächtnis und exekutive Funktionen gezeigt. Die kognitive Belastbarkeit sei deutlich reduziert. Nach übereinstimmenden Angaben des Versicherten und seiner Ehefrau würden die Beschwerden in zeitlichem Zusammenhang mit den im Jahr 2021 erfolgten neurochirurgischen Eingriffen stehen. Zuvor hätten trotz vorbestehender Kopfschmerzproblematik keine kognitiven Einschränkungen bestanden. Gestützt auf die Kriterien des DSM 5 sei von einer leichten neurokognitiven Störung auszugehen. Zusätzlich werde die kognitive Leistungsfähigkeit negativ beeinflusst durch die seit der Operation verstärkte Schmerzsymptomatik sowie durch die mittelschwere depressive Episode. Aus medizinischer Sicht werde die Weiterführung einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie eine Reduktion oder Sistierung der Analgesie empfohlen, gegebenenfalls im Rahmen eines stationären Entzugsprogramms.

6.9 Am 8. April 2024 nahm Dr. G.____ Stellung zum Bericht der Klinik H.____ vom 19. März 2024. Er hielt fest, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit des Versicherten nicht allein auf die mittelschwere depressive Störung zurückzuführen sei, sondern ebenso auf die mittelgradigen neurokognitiven Einschränkungen, die zentrale Schlüsselfunktionen betreffen und durch negative Wechselwirkungen zusätzlich verstärkt würden. Von einer Therapieresistenz könne nicht gesprochen werden. Eine Behandlung sei weiterhin indiziert. Inzwischen habe sich eine therapeutische Vertrauensbeziehung entwickelt. Die laufende Therapie habe dem Versicherten geholfen, seinen Alltag besser zu gestalten.

6.10 Im Bericht des Spitals F.____ vom 14. Mai 2024 wurde festgehalten, dass beim Versicherten seit langem persistierende Schmerzen nach einer Kraniotomie frontal rechts bestünden. Bereits vor diesem Eingriff hätten chronische Zervikobrachialgien sowie Migräne vorgelegen. Derzeit zeige der Versicherte ein angstbedingtes Vermeidungsverhalten, da die Schmerzen unter Belastung und Stress exazerbieren würden. Er habe angegeben, seinen zuvor erhebli-

chen Schmerzmittelkonsum reduziert zu haben und nunmehr zu versuchen, mit den Schmerzen zu leben. Gleichzeitig äussere er Vorbehalte gegenüber einem psychosomatischen Behandlungsansatz und hinterfrage sowohl die vorgenommenen Eingriffe als auch das ärztliche Vorgehen.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 29. Juli 2024 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit des Versicherten vollumfänglich auf die Ergebnisse, zu denen die Gutachter der medexperts in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 26. Juni 2023 gelangt waren. Sie ging demzufolge davon aus, dass dem Versicherten eine leidensangepasste Tätigkeit nach wie vor im Umfang von 80 % zumutbar sei. Diese Beweiswürdigung der Vorinstanz ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 4.3 hiavor), 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 Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das polydisziplinäre Gutachten der medexperts vom 29. Juli 2024 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiavor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden und es setzt sich ausreichend mit den vorhandenen abweichenden ärztlichen Einschätzungen auseinander. Inhaltlich ist das Gutachten widerspruchsfrei und es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Zuverlässigkeit der internistischen, neurologischen und orthopädischen Abklärungsergebnisse sind zu Recht unbestritten.

7.2.1 Was der Beschwerdeführer gegen die Beurteilung im psychiatrischen Teilgutachten vorbringt, ist nicht stichhaltig. Soweit er geltend macht, die Sachverständige sei fälschlicherweise davon ausgegangen, es habe keine psychotherapeutische Begleitung bestanden, trifft dies nicht zu. Die Gutachterin war sowohl über die Behandlung bei Dr. D.____ informiert als auch im Besitz seiner Berichte vom 26. November 2021, 4. April 2022 und 12. Oktober 2022. Daraus ergab sich, dass der Beschwerdeführer ab dem 8. September 2021 in Behandlung stand, die Sitzungen zunächst im Abstand von zwei bis drei Wochen stattfanden und im Jahr 2022 bis zum Therapieende am 16. August 2022 insgesamt drei Sitzungen durchgeführt wurden. Zudem war der Gutachterin aufgrund der erhobenen Anamnese bekannt, dass der Beschwerdeführer die psychiatrische Behandlung kurz vor der Begutachtung (nunmehr bei Dr. G.____) erneut aufgenommen hatte. Wenn der Beschwerdeführer argumentiert, die Gutachterin habe die Diagnose einer leichten depressiven Störung fälschlicherweise mit dem Fehlen einer regelmässigen Psychotherapie begründet, so ist festzustellen, dass die Gutachterin bei der Beurteilung der Schwere der depressiven Störung auch der nicht regelmässigen Inanspruchnahme einer Psychotherapie ein gewisses Gewicht beimass, wobei sie nicht ausschliesslich darauf abstellte. Vielmehr stützte sie ihre Beurteilung auf eine Kombination aus Aktenstudium und persönlicher klinischer Exploration, bei welcher sie die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome umfassend und detailliert erfasste. Damit konnte sie sich ein eigenes Bild über den Gesundheits-

zustand und insbesondere über die Ausprägung der depressiven Symptomatik machen. Die gutachterliche Beurteilung basiert somit auf einer umfassenden Berücksichtigung der vorhandenen Berichte und der Ergebnisse der persönlichen klinischen Untersuchung, was ihr besonderes Gewicht verleiht. Unter diesen Umständen kann nicht gesagt werden, die Gutachterin sei bei der Diagnosestellung oder bei der Begründung des Schweregrads von unzutreffenden Annahmen ausgegangen oder habe wesentliche Tatsachen unbeachtet gelassen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die Gutachterin habe das Vorliegen von Gedächtnisstörungen verkannt, verfängt auch dieses Vorbringen nicht. Zwar berichtete der Beschwerdeführer im Rahmen der Begutachtung über Gedächtnisprobleme, welche er im Widerspruch dazu aber gleichzeitig verneinte (vgl. Gutachten S. 32 und S. 35). Im Rahmen der psychiatrischen Exploration konnten diese jedoch nicht objektiviert werden. Diese Einschätzung deckt sich mit jener der neurologischen Expertin, welche festhielt, dass bei der Untersuchung keine konsistenten Hinweise auf Gedächtnisstörungen vorlagen und ebenso keine Befunde für Aphasie, Apraxie oder Agnosie erhoben werden konnten (Gutachten S. 14).

7.2.2 Soweit der Beschwerdeführer einwendet, die Gutachterin habe die Schwere der depressiven Störung unzutreffend diagnostiziert, überzeugt auch dieses Vorbringen nicht. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass auch der frühere behandelnde Arzt Dr. D._____ im Bericht vom 12. Oktober 2022 – abweichend von seinen früheren Einschätzungen vom 26. November 2021 und 4. April 2022 – differenzialdiagnostisch lediglich eine leichte depressive Episode diagnostizierte (vgl. E. 6.5). Diese Beurteilung steht im Einklang mit der Einschätzung der Gutachterin. Anzeichen dafür, dass im Rahmen der psychiatrischen Exploration die Befunderhebung unvollständig gewesen wäre oder relevante Symptome nicht berücksichtigt worden wären, sind nicht ersichtlich. Vielmehr legte die Gutachterin auf der Grundlage der vorliegenden Akten sowie ihrer eigenen Untersuchung nachvollziehbar dar, dass der Beschwerdeführer im Vergleich zum Vorgutachten der ABl leichte bis mittelgradige depressive Symptome zeige, die im Querschnitt als leicht bis allenfalls mittelgradig zu beurteilen seien, während im Längsschnitt von einer lediglich leichtgradigen Störung auszugehen sei. Dabei differenzierte sie in überzeugender Weise zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden des Beschwerdeführers und den ihrerseits objektiv erhobenen Befunden. Ihre diagnostische Einordnung erweist sich als schlüssig, dies umso mehr, als sie mit der Beurteilung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen nach dem Mini ICF APP übereinstimmt, wonach – abgesehen von einer ausgeprägten Einschränkung der Flexibilität und Umstellfähigkeit – lediglich leichte psychische Beeinträchtigungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den medizinischen Expertinnen und Experten praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachterin oder der Gutachter – wie hier – lege artis vorgegangen ist. Dazu kommt, dass nach ständiger Rechtsprechung nicht die Diagnose als solche ausschlaggebend ist, sondern das zugrunde liegende Beschwerdebild und insbesondere dessen konkrete Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit (vgl. BGE 144 V 245 E. 5.5.2 mit Hinweisen).

7.2.3 Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers lassen sich aus den Stellungnahmen von Dr.G._____ vom 27. November 2023 und vom 8. April 2024 keine entscheiderelevanten Ar-

gumente zu seinen Gunsten ableiten. Weder ergeben sich daraus wesentliche Gesichtspunkte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder unzureichend gewürdigt geblieben wären (vgl. E. 4.3), noch bestehen konkrete Anhaltspunkte, dass die Begutachtung nicht lege artis durchgeführt worden wäre oder dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwischenzeitlich massgeblich verschlechtert hätte. Die abweichenden Einschätzungen des behandelnden Psychiaters vermögen deshalb weder die diagnostische Einordnung der Gutachterin noch deren Beurteilung der Leistungsfähigkeit infrage zu stellen. Dass beim Beschwerdeführer kein therapeutisches Potenzial vorhanden wäre und zwingend von einem dauerhaften Gesundheitsschaden auszugehen sei, lässt sich den Ausführungen von Dr. G.____ nicht entnehmen. Im Gegenteil verweist dieser in seiner Stellungnahme vom 8. April 2024 ausdrücklich darauf, dass sich durch die Therapie die Alltagsbewältigung des Beschwerdeführers verbessert habe und eine Therapieresistenz nicht anzunehmen sei. Auch aus dem Bericht der Klinik H.____ vom 19. März 2024 ergeben sich keine Argumente zugunsten des Beschwerdeführers. Zunächst ist festzustellen, dass sich dieser Bericht weder mit den bisherigen ärztlichen Einschätzungen auseinandersetzt noch eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit enthält. Soweit darin eine mittelschwere depressive Episode diagnostiziert wird, stützt sich diese Einschätzung ausschliesslich auf anamnestische Angaben, ohne die zugrunde liegenden Diagnosenkriterien nachvollziehbar darzulegen. Die Diagnose einer mittelschweren Depression erscheint daher weder schlüssig begründet noch gesichert. Zudem ist nicht nachgewiesen, dass die anamnestisch seit den beiden neurochirurgischen Eingriffen im Jahr 2021 bestehenden – und damit bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch die medexperts bestandenen, jedoch erst später diagnostizierten – leichten neurokognitiven Störungen einen zusätzlichen, massgeblichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit des Versicherten in einer angepassten Verweistätigkeit entfalten würden. Ebenso wenig ergeben sich aus dem Bericht der Klinik H.____ vom 19. März 2024 konkrete Hinweise darauf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch die medexperts verschlechtert hätte.

7.2.4 Soweit der Beschwerdeführer schliesslich einwendet, die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit im Gutachten sei nicht überzeugend, verfängt auch dieses Vorbringen nicht. Die Gutachterinnen und Gutachter berücksichtigten bei der Einschätzung der Gesamtarbeitsfähigkeit ausdrücklich, dass beim Beschwerdeführer sowohl aufgrund der Beschwerden des Bewegungsapparates als auch der neurologischen und psychiatrischen Diagnosen eine verminderte Belastbarkeit bestehe. Dabei hielten sie nachvollziehbar fest, dass die chronifizierte Kopfschmerzproblematik nach der Operation unverändert sei (Gutachten S. 16) und sich die Einschränkungen aus den einzelnen Fachgebieten zwar ergänzen, ihre Auswirkungen sich aber nicht addieren (Gutachten S. 6). Inwiefern die festgestellten Beschwerden des Beschwerdeführers dabei unzureichend berücksichtigt worden sein sollen, ist nicht ersichtlich. Auch ergeben sich aus den seither vorliegenden (neueren) medizinischen Unterlagen keine konkreten Hinweise, welche die Validität der im Gutachten vorgenommenen Einschätzung in Frage zu stellen vermöchten. Da es den medizinischen Sachverständigen möglich war, gestützt auf allseitige Untersuchungen sowie die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung eine verlässliche Einschätzung des leistungsmässig Zumutbaren vorzunehmen, durfte die Vorinstanz in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 126 V 130 E. 2a mit zahlreichen Hinweisen) auf die gutachtliche Einschätzung abstellen und auf zusätzliche medizinische Abklärungen verzichten.

8. Wie oben dargelegt (vgl. E. 3.1 hiervor), setzt der Anspruch auf eine Invalidenrente unter anderem voraus, dass die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch im Durchschnitt mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war und nach Ablauf dieses Jahres eine Invalidität von mindestens 40 % aufweist (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG). Gestützt auf die massgebenden Einschätzungen im polydisziplinären Gutachten der medexperts vom 26. Juni 2023 war der Beschwerdeführer im hier zu beurteilenden Zeitraum – abgesehen von einer vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit infolge der operativen Eingriffe – (weiterhin) lediglich im Ausmass von 20 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Damit waren die gesetzlichen Voraussetzungen für das Entstehen eines Rentenanspruchs zu keinem Zeitpunkt erfüllt. Die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2024, mit welcher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers abgewiesen wurde, ist daher nicht zu beanstanden und die Beschwerde deshalb abzuweisen.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. 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 die Verfahrenskosten ihm zu auferlegen sind. Dem Beschwerdeführer ist nun allerdings mit Verfügung vom 14. Oktober 2024 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden. Aus diesem Grund gehen die Verfahrenskosten vorläufig zu Lasten der Gerichtskasse.

9.2 Dem Prozessausgang entsprechend wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Da dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 14. Oktober 2024 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit seiner Rechtsvertreterin bewilligt wurde, ist diese jedoch für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Gemäss § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 beträgt das Honorar bei unentgeltlicher Verbeiständung Fr. 200.-- pro Stunde. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers machte in ihrer Honorarnote vom 5. November 2024 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 15 Stunden und 40 Minuten geltend, was in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind sodann die ausgewiesenen Auslagen von Fr. 200.--. Der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ist deshalb ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'333.35 (15,66 Stunden à Fr. 200.-- und Auslagen von Fr. 200.--) aus der Gerichtskasse auszurichten.

9.3 Der Beschwerdeführer wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen.
 3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

Zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'333.35 (inkl. Auslagen) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.