



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 20. März 2025 (720 24 25)

Invalidenversicherung

Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung des medizinischen Sachverhalts und zur Klärung der Frage, ob der Versicherte eine allfällige wiedergewonnene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt aufgrund seines fortgeschrittenen Alters überhaupt noch selbst verwerten kann

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Jürg Pulver, Gerichtsschreiberin Barbara Vögtli

Parteien **A.**____, Beschwerdeführer, vertreten durch Roman Felix, Advokat, Hauptstrasse 8, Postfach 732, 4153 Reinach

gegen

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

Betreff IV-Rente

A.1 A.____, geboren 1961, erlitt im Jahr 2009 einen Arbeitsunfall, wobei er sich am Kopf und an der HWS verletzte. In der Folge richtete die Suva als obligatorischer Unfallversicherer die Versicherungsleistungen aus. Am 18. August 2010 meldete sich der Versicherte zum Bezug von

Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Die IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) liess ihn in der Folge von Dr. med. B.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sowie von Dr. med. C.____, Facharzt FMH Innere Medizin und Rheumatologie, begutachten (Gutachten vom 16. Juli 2012). Gestützt darauf sprach sie A.____ mit Verfügung vom 5. März 2013 eine vom 1. August 2011 bis 30. September 2012 befristete ganze Invalidenrente zu. In der Folge konnte der Versicherte seine Arbeitstätigkeit wiederaufnehmen.

A.2 Am 12. Mai 2017 erlitt A.____ einen weiteren Arbeitsunfall und verletzte sich am linken Daumengrundgelenk. Im Zeitpunkt dieses Unfalles war er ebenfalls bei der Suva obligatorisch unfallversichert. Entsprechend übernahm sie die Versicherungsleistungen. Im September 2017 wurde er von Dr. med. D.____, Facharzt für Handchirurgie FMH, operiert, und im Oktober 2018 führte Dr. D.____ eine Arthrodesse durch. Da der Versicherte weiterhin Beschwerden am Daumen beklagte und diesen nicht aktiv bewegen konnte, erfolgte am 15. Februar 2021 in der Klinik E.____ die operative Entfernung der Schrauben.

A.3 Mit Gesuch vom 5. Oktober 2017 meldete sich A.____ aufgrund des vorgenannten Unfallereignisses und der damit zusammenhängenden Arbeitsunfähigkeit erneut zum Bezug von IV-Leistungen an. In der Folge veranlasste die IV-Stelle die polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten durch die estimed AG, MEDAS Zug (vgl. MEDAS-Gutachten vom 24. August 2020). Dr. med. F.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Regionaler ärztlicher Dienst beider Basel (RAD), äusserte sich anschliessend mehrmals zum medizinischen Sachverhalt. In der Folge entschied der RAD, die medizinischen Sachverhaltsabklärungen durch die Suva abzuwarten. Diese holte beim Spital G.____ ein handchirurgisches Gutachten zur Frage der Kausalität zwischen dem Unfallereignis vom 12. Mai 2017 und den Beschwerden im linken Daumen ein (vgl. Gutachten vom 25. März 2022). Nach Erhalt dieses Gutachtens sowie nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 14. Dezember 2023 befristet vom 1. Mai 2018 bis 30. Juni 2019 eine ganze Invalidenrente zu. Die IV-Stelle ging ab 1. April 2019 von einer Verbesserung des Gesundheitszustands und einer 80 %-igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und somit von keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad mehr aus.

B. Dagegen erhob A.____, vertreten durch Advokat Roman Felix, mit Eingabe vom 30. Januar 2024 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht), und beantragte unter o/e-Kostenfolge die Aufhebung der Verfügung vom 14. Dezember 2023 sowie die Verpflichtung der Beschwerdegegnerin, ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen. Zusammenfassend wurde die ungenügende Sachverhaltsabklärung durch die Beschwerdegegnerin gerügt, wobei die Beweistauglichkeit des MEDAS-Gutachtens und der Ausführungen von Dr. F.____ sowie die Feststellung der IV-Stelle, dass per 1. April 2019 eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten sei, bestritten wurden.

C. Mit Vernehmlassung vom 18. März 2024 beantragte die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine weitere Stellungnahme von Dr. F.____ vom 5. Februar 2024 die Abweisung der Beschwerde.

D. Mit Verfügung der instruierenden Präsidentin vom 27. März 2024 wurde die Angelegenheit der Dreierkammer zur Beurteilung überwiesen.

E. Der Beschwerdeführer liess mit Replik vom 10. April 2024 die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. April 2024 einreichen und teilte mit, dass er gegen diese Verfügung ebenfalls Beschwerde erhebe. Sie sei deckungsgleich mit der bereits von ihm angefochtenen Verfügung. Darüber hinaus hielt an seiner bisherigen Auffassung fest.

F. Die Beschwerdegegnerin teilte mit Schreiben vom 19. April 2024 mit, dass sie auf eine weitere Stellungnahme verzichte.

G. Mit Verfügung vom 26. April 2024 überwies die instruierende Präsidentin die Angelegenheit erneut der Dreierkammer zur Beurteilung.

H. Im Rahmen der Urteilsberatung vom 20. Juni 2024 gelangte das Kantonsgericht zum Schluss, dass der Fall auszustellen und dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Stellungnahme und zum allfälligen Beschwerderückzug einzuräumen sei. Es hielt in Erwägung 9 des Beschlusses fest, dass es beabsichtige, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, um weitere medizinische Abklärungen zu treffen und anschliessend neu zu verfügen. Damit wären Bestand und Umfang des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers wieder offen und es könnte auch die Möglichkeit einer Verschlechterung der Rechtsposition im Raum stehen, da die angefochtene Verfügung als Ganzes aufgehoben würde und damit auch die bereits für den Zeitraum vom 1. Mai 2018 bis 30. Juni 2019 zugesprochene ganze Invalidenrente (vgl. Beschluss vom 20. Juni 2024).

I. Mit Eingabe vom 10. April (recte 8. Juli) 2024 liess der Beschwerdeführer mitteilen, dass er an der Beschwerde festhalte.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Die Beschwerde richtete sich gegen die Verfügung vom 14. Dezember 2023, die offensichtlich irrtümlich mit dem Deckblatt der IV-Stelle des Kantons X.____ erlassen wurde. Im Verlauf des vorliegenden Beschwerdeverfahrens erliess die Beschwerdegegnerin am 5. April 2024 eine neue Verfügung mit richtigem Deckblatt und gleichem Inhalt, die vom Beschwerdeführer der Vollständigkeit halber ebenfalls angefochten wurde. Die örtliche und sachliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts ist demgemäss gegeben. Auf die im Weiteren form- und fristgerecht eingereichte Beschwerde vom 30. Januar 2024 ist einzutreten.

2. Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 sowie im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 samt entsprechendem Verordnungsrecht in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19. Juni 2020). Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden

grundsätzlich die Bestimmungen des IVG und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie diejenigen des ATSG in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung Anwendung (vgl. Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz. 9100). Vorliegend erging die angefochtene Verfügung zwar nach dem 1. Januar 2022. Im Streit liegt jedoch eine vom 1. Mai 2018 bis 30. Juni 2019 befristet zugesprochene ganze Invalidenrente, weshalb die Angelegenheit in Anwendung der bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassungen des IVG, der IVV und des ATSG beurteilt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. November 2023, 8C_309/2023, E. 2.1 mit Hinweis). Die betreffenden Bestimmungen werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG versicherte Personen, 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 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). Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG).

3.3 Gemäss 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.

3.4 Eine rückwirkende Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom

17. Dezember 2008, 8C_534/2008, E. 2.3 mit Hinweisen). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrads eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

4.1 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht haben sie den Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisforderungen nicht. Vielmehr ist jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste gewürdigt wird (vgl. BGE 138 V 218 E. 6).

4.2 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads im Erwerbsbereich bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Für die Beurteilung der Frage des Gesundheitszustands bzw. des Ausmasses der (Rest-)Arbeitsfähigkeit der versicherten Personen ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Aufgabe der Ärztin oder des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

4.3 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 Beweiswertes eines Arztberichtes 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 (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

5.1 Der relevante medizinische Sachverhalt stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

5.2 Nachdem der Beschwerdeführer während der Arbeit am 12. Mai 2017 seinen linken Daumen verletzt hatte, führte Dr. D.____ am 26. September 2017 eine Refixierung der Extensor pollicis brevis Sehne und des radialen Seitenbands am linken Daumengrundgelenk durch. Darüber hinaus erlitt der Beschwerdeführer am 24. September 2018 einen Auffahrunfall, bei dem er sich gemäss Austrittsbericht des Spitals H.____ vom 24. September 2018 eine HWS Distorsion Grad II und eine LWS Kontusion zugezogen hatte. Nachdem die Daumenbeschwerden trotz des operativen Eingriffs weiterhin persistierten, erfolgte am 16. Oktober 2018 durch Dr. D.____ die Arthrodese des Daumengrundgelenks links. Im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 12. April 2019 stellte Dr. D.____ fest, dass der Patient über eine sehr gut gebesserte Situation im Bereich des linken Daumens berichte. Er habe nur noch leichte Beschwerden auf der Streckseite des Grundgelenks im Bereich der Weichteile. Ansonsten habe er kaum Beschwerden. Aus handchirurgischer Sicht sei der Patient für eine Tätigkeit, die die funktionelle Einschränkung des linken Daumens durch die Arthrodese des Grundgelenks berücksichtige, wieder vollschichtig arbeitsfähig (vgl. Bericht vom 21. April 2019). Im Rahmen der Sprechstunde vom 17. September 2019 hielt Dr. D.____ fest, der Patient berichte, dass er den Daumen aktiv nicht bewegen könne. Klinisch zeige sich ein äusserlich unveränderter linker Daumen. Im Gegensatz zur Kontrolle im April demonstrierte der Patient heute einen aktiv völlig unbeweglichen Daumen, dies im End-, Grund- und Sattelgelenk. Bei der Überprüfung der passiven Beweglichkeit würden sich Sattel- und Endgelenk durch Spannungen des Patienten nicht sicher beurteilbar zeigen. Es würden sich keine trophischen Auffälligkeiten zeigen. Zu seiner Verwunderung liege die Beweglichkeit, die am 12. April 2019 dokumentiert worden sei, in keiner nachvollziehbaren Weise mehr vor. Der Status sei quasi wie vor dem 12. April 2019. Aus diesem Grund schliesse er auf eine massive Fehlintegration des linken Daumens oder eine bewusste Steuerung des Patienten. Es sei dringlich, dass der Patient begutachtet werde. Neben der bekannten posttraumatischen Arthrodese würden eine erhebliche Problematik der Verarbeitung sowie wahrscheinlich eine sogenannte Fehlinnervation vorliegen.

5.3 Im Rahmen des MEDAS-Gutachtens vom 24. August 2020 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. I.____, Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, von Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, von Dr. med. K.____, Facharzt FMH für Neurologie, von Dr. med. L.____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, von MSc M.____, Neuropsychologin SVNP/FSP und Psychologin MSc, und von med. pract. N.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, untersucht. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Schmerzhafter Funktionseinschränkung der Greiffunktion der linken Hand mit/bei
 - Status nach Ruptur der Extensor pollicis brevis Sehne im Ansatzbereich, radialer Seitenbandläsion Daumengrundgelenk linke Hand mit/bei
 - Refixierung Extensor pollicis brevis Sehne, des radialen Seitenbands Daumengrundgelenk links am 26. September 2017

- Arthrodesse linkes Daumengrundgelenk am 16. Oktober 2018
- Chronisches zervikales und lumbales Schmerzsyndrom mit/bei
 - Bildgebend (MRI HWS, MRI LWS) Nachweis von deutlich degenerativen Veränderungen ohne schwere Affektion nervaler Strukturen
 - Klinisch-neurologisch kein Nachweis harter pathologischer Befunde
 - Elektrophysiologie (evozierte Potentiale) nicht toleriert
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
- Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren (Schmerzproblematik)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden Diagnosen gestellt:

- Arterielle Hypertonie ED 2018, behandelt
- Adipositas WHO Grad I
- Degenerative Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Symptomatik
- Chronische Cephalgien mit/bei
 - wahrscheinlich Kombination aus Spannungstypkopfschmerzen, schmerzmittelinduziert

Die Funktionalität, mit beiden Händen zu arbeiten, sei aus handchirurgischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr gegeben. Die Funktionalität bestehe nur mit der rechten Hand. Die linke Hand weise aufgrund der Erkrankung eine schwerwiegende relevante Funktionsstörung auf. Der Versicherte sei nicht in der Lage, eine relevante Kraft beim Zugreifen aufzubringen. Die grobe Kraft der linken Hand fehle. Eine Reaktionsschnelligkeit sei beim Zugreifen nicht möglich. Selbst leichte Gegenstände könnten nicht mehr gehalten werden. Eine relevante Gewichtslast könne nicht mehr bewegt oder angehoben werden. Auch in einer angepassten Tätigkeit sei der Versicherte deutlich in seiner Leistungsfähigkeit und Funktionalität der linken Hand eingeschränkt. Aus neurologischer Sicht wurde festgehalten, dass der Versicherte aufgrund der Erkrankung im Bereich der HWS und der LWS deutlich in seiner stehenden und gehenden Tätigkeit relevant schwerwiegend eingeschränkt sei. Dabei stehe die Schmerzproblematik im Vordergrund. Der Versicherte sei nicht in der Lage, in seiner angestammten Tätigkeit, die überwiegend stehend sei, den Berufsanforderungen gerecht zu werden. Deshalb finde sich beim Versicherten keine verwertbare Arbeitsleistung mehr.

In Bezug auf die Persönlichkeitsaspekte hielten die Gutachter fest, dass bei der Untersuchung und der Exploration keine wesentliche Persönlichkeitsakzentuierung oder gar eine Persönlichkeitsstörung aufgefallen sei. Als Belastungsfaktoren würden Migration und fehlende Berufsausbildung vorliegen. Bezüglich Ressourcen gelangten die Gutachter zur Auffassung, dass diese deutlich eingeschränkt seien. Hinsichtlich Diskrepanzen und Inkonsistenzen sei aus neuropsychologischer Sicht festzustellen, dass die Antworten in zwei von drei verschiedenen Verfahren zur Beschwerdevalidierung unterhalb des cut-off Wertes liegen würden. Zusammen mit der integrativen Bewertung durch die Slick Kriterien und unter Berücksichtigung der Vorbefunde aus der neuropsychologischen Untersuchung von 2010 sowie der auch aus neurologischer Sicht nicht

erklärbaren Leistungsverminderung würden erhebliche Zweifel an der Mitwirkung des Versicherten vorliegen, sodass die Gültigkeit des erhaltenen Testprofils als eingeschränkt zu beurteilen sei. Frühere fachliche Einschätzungen seien mit den heutigen Befunden korrespondierend. In den Fachgebieten Handchirurgie und Neurologie hätten keine Inkonsistenzen festgestellt werden können. Aus psychiatrischer Sicht habe anfänglich mindestens eine Verdeutlichungstendenz festgestellt werden können. Ebenso habe aus orthopädischer Sicht eine Verdeutlichungstendenz festgestellt werden können. Aus allgemein-internistischer, neurologischer und handchirurgischer Sicht hätten keine Hinweise auf eine Aggravation oder Simulation festgestellt werden können. Weiter wurden die folgenden Arbeitsunfähigkeiten aufgeführt:

Fachgebiet	Bisherige Tätigkeit (Maschinenführer)	Verweistätigkeit
Handchirurgie	100 %	40 %
Allgemeine Innere Medizin	0 %	0 %
Neurologie	100 %	20 %
Rheumatologie	0 %	0 %
Neuropsychologie	-	-
Psychiatrie	20 %	20 %

Die Gutachter gelangten aus interdisziplinärer Sicht zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer Verweistätigkeit von 40 % vorliege. Dabei gelte das seitens des handchirurgischen und des neurologischen Teilgutachtens festgelegte Fähigkeitsprofil.

5.4 Im Rahmen der Prüfung der Beweistauglichkeit und Vollständigkeit des MEDAS-Gutachtens hielt Dr. F.____ mit Stellungnahme vom 2. Oktober 2020 fest, dass dieses aufgrund der nicht aussagekräftigen handchirurgischen Hauptbegutachtung versicherungsmedizinisch nicht brauchbar sei, so dass darauf nicht abgestellt werden könne. Einerseits sei im Konsensteil zwar auf Inkonsistenzen hingewiesen worden, dennoch sei gesamtmedizinisch letztlich auf die handchirurgische Beurteilung abgestellt worden, wonach die letzte Tätigkeit als Maschinenführer nicht mehr möglich sei und in einer Verweistätigkeit eine 60 %-ige Arbeitsfähigkeit bestehe, ohne diese Einschätzung gesamtmedizinisch plausibel zu begründen. Ausserdem sei das handchirurgische Gutachten ungenügend. So enthalte es Widersprüche und es würden eine Auseinandersetzung mit anderslautenden klinischen Befunden und Einschätzungen in den Vorakten (insbesondere bezüglich Dr. D.____) sowie eine Würdigung des neurologischen Teilgutachtens, das eine neurologische Ursache für den demonstrierten Funktionsverlust des linken Daumens habe ausschliessen können, fehlen. Im neurologischen Teil werde nicht begründet, wieso die zumutbare Arbeitsfähigkeit erst ab dem 1. Januar 2019 und nicht bereits früher gelten solle, zumal die neurologisch attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit den seit Jahren vorbestehenden

degenerativen Veränderungen der HWS und LWS begründet worden sei und nicht mit einer neurogenen Ursache. Eine solche habe ohnehin nicht objektiviert werden können. Im orthopädisch-rheumatologischen Gutachten sei festgestellt worden, dass beim Greifen keine Ausweichbewegungen der Hände beobachtet werden können. Auf diese Diskrepanz werde im handchirurgischen Gutachten nicht eingegangen. Zudem seien die auffallenden Ergebnisse in den Beschwerdevalidierungsverfahren im handchirurgischen und neurologischen Gutachten nicht kommentiert worden. Auch im psychiatrischen Gutachten seien mehrfach Inkonsistenzen aufgezeigt worden, die in der somatischen Beurteilung nicht gewürdigt worden seien. Da nicht auf das Gutachten abgestellt werden könne, sei zunächst die Aktualisierung der Suva-Akten abzuwarten und danach das weitere Vorgehen festzulegen.

5.5 Aufgrund der weiterhin persistierenden Beschwerden liess der Beschwerdeführer von Dr. med. O.____, FMH Handchirurgie und Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, Klinik E.____, am 15. Februar 2021 eine Revision des Daumengrundgelenks mit Entfernung der Arthrodeseschrauben und Resektion des radialen Sesambeines Daumengrundgelenk links durchführen. Im Rahmen der Sprechstunde vom 1. April 2021 berichtete Dr. O.____ von rückläufigen Schmerzen beim Patienten. Es bestehe aktuell noch eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit.

5.6 Dr. F.____ hielt mit Stellungnahme vom 14. Juli 2021 fest, dass die Suva ein handchirurgisches Gutachten veranlassen werde. Allerdings werde dieses Gutachten für die Belange der IV nicht sehr hilfreich sein, da es nur um die unfallkausalen Einschränkungen der Hand gehe. Da das MEDAS-Gutachten nicht brauchbar sei, schlage sie eine Sitzung mit dem Rechtsdienst vor, um gemeinsam das weitere Vorgehen zu besprechen. In der Folge wurde an der interdisziplinären Besprechung vom 3. August 2021 beschlossen zu prüfen, ob sich die IV an der handchirurgischen Abklärung der Suva beteiligen solle.

5.7 Im Rahmen der Verlaufskontrolle vom 29. Juli 2021 diagnostizierte Dr. O.____ neu den Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom/Sulcus ulnaris-Syndrom links, DD Thoracic outlet-Syndrom. Die Schmerzen im Daumengrundgelenk seien deutlich rückläufig. Es liege noch eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit vor. Mit Sprechstundenbericht vom 12. Oktober 2021 bestätigte Dr. O.____ das Vorliegen eines sensiblen Carpaltunnelsyndroms links sowie eines schweren, asymptomatischen Carpaltunnelsyndroms rechts. In Bezug auf den linken Daumen habe der Patient berichtet, dass die Schmerzen im Daumengrundgelenk seit der Metallentfernung deutlich rückläufig seien, er aber immer noch Mühe habe, den Daumen zu opponieren bzw. das Daumengelenk zu flektieren. Es bestehe immer noch eine 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit.

5.8 Dr. F.____ hielt in der Aktennotiz vom 15. November 2021 fest, dass eine Beteiligung der IV am von der Suva geplanten Gutachten keinen Sinn mache, da dieses Gutachten lediglich die Unfallkausalität klären werde. Sie empfehle daher, das Gutachten abzuwarten, um dann die nächsten Abklärungsschritte festzulegen.

5.9 Infolge des Urteils des Kantonsgerichts vom 13. August 2020 beauftragte die Suva Dr. med. P.____, Facharzt Handchirurgie FMH und Facharzt Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Chefarzt Handchirurgie des Spitals G.____, mit der Begutachtung

des Beschwerdeführers und der Beurteilung der Frage des kausalen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis vom 12. Mai 2017 und den Band- und Sehnenläsionen. Dr. P.____ diagnostizierte gestützt auf die Akten und die neurologische Stellungnahme von Dr. med. Q.____, Facharzt Neurologie FMH und Leitender Arzt Neurologie des Spitals G.____, vom 2. Februar 2022, in seinem Gutachten vom 25. März 2022 eine distale Ruptur radiales Seitenband MCP-I-Gelenk links mit konsekutiver radialer Gelenkinstabilität mit/bei Rekonstruktion radiales Seitenband mit ipsilateralem Palmaris longus Transplantat, 26. September 2017; MCP-I-Arthrodese bei symptomatischer Rezidiv-Instabilität, 16. Oktober 2018; Schraubenentfernung, Resektion radiales Sesambein und Denervation ehem. MCP-I-Gelenk bei störendem Osteosynthesematerial und Sesambeinarthrose, 15. Februar 2021; Weitgehende Funktionslosigkeit des Daumens bei Bewegungseinschränkung IP-Gelenk und CMC-I-Gelenk unklarer Ätiologie. In seiner Beurteilung hielt Dr. P.____ fest, dass die beklagte Hypästhesie des Daumens neuro-anatomisch nicht einer peripheren Nervenläsion zugeordnet werden könne (DD: Symptomausweitung). Auch die Angabe einer verminderten Daumenbeweglichkeit lasse sich bei diesbezüglich unauffälliger Muskulatur sowie unauffälligen motorischen Antworten in der motorischen Neurografie neurologisch nicht erklären. Ab der ersten postoperativen Verlaufskontrolle nach Seitenbandrekonstruktion seien eine eingeschränkte und schmerzhaft Beweglichkeit des Daumensattel- und Endgelenkes in den Untersuchungsberichten erwähnt worden, ohne dass je eine klare Ursache hierfür habe gefunden werden können. Nach einer Seitenbandrekonstruktion könne eine gewisse Bewegungseinschränkung im Sinne einer verminderten Flexion im Daumengrundgelenk auftreten, deutlich unwahrscheinlicher sei eine solche aber im IP-Gelenk. Gar nicht zu erwarten sei sie im Sattelgelenk. Die anlässlich der Grundgelenk-Arthrodese eingebrachte und palmar 5 mm überstehende Schraube könnte für eine Irritation der langen Daumenbeugesehne mit bewegungsabhängigen Schmerzen und Einschränkung der aktiven Flexion im IP-Gelenk gesorgt haben. So werde denn auch vor der Metallentfernung eine normale passive Beweglichkeit des IP-Gelenkes bei deutlich eingeschränkter aktiver Flexion beschrieben. Allerdings seien nie explizit Schmerzen im Bereich der überstehenden Schrauben erwähnt worden. Anlässlich der postoperativen Kontrollen nach Schraubenentfernung bei Dr. O.____ habe sich auch anfänglich eine deutlich bessere aktive Flexion als präoperativ gezeigt. Im Verlauf sei diese Verbesserung aber ohne klar ersichtlichen Grund wieder verloren gegangen, so dass die aktive Beweglichkeit bei der Abschlusskontrolle wieder deutlich reduziert gewesen sei. Eine Ursache für die deutliche Bewegungseinschränkung im Daumensattelgelenk mit stark verminderter Opposition des Daumens lasse sich weder bildgebend finden noch könne diese durch den Unfall oder die Eingriffe erklärt werden. Weder die Bewegungseinschränkung des IP-Gelenkes noch des CMC-I-Gelenkes seien zu erwartende Folgen einer Versteifung des Daumengrundgelenkes. Es stelle sich deshalb hier die Frage der Symptomausweitung.

5.10 Nachdem die Beschwerdegegnerin von der Suva eine Kopie des Gutachtens von Dr. P.____ zugestellt erhalten hatte, hielt Dr. F.____ im Rahmen der Stellungnahme vom 23. August 2022 fest, dass sich aus neurologischer Sicht die gutachterliche medizinische Einschätzung von Dr. Q.____ mit der früheren gutachterlichen neurologischen Befundung von Dr. K.____ vom 14. Juli 2020 decke, der ebenfalls keine klinisch-neurologisch pathologischen Befunde objektiviert habe. Die demonstrierte Funktionseinschränkung des gesamten Daumens sei organisch als nicht plausibel eingestuft worden. Das Suva-Gutachten habe zur Zumutbarkeit keine Stellung

genommen, dennoch könne aus Sicht der RAD-Leitung auf das Suva-Gutachten abgestellt werden, da objektive klinische Befunde gutachterlich erhoben worden seien. Auch im Suva-Gutachten bestätige sich die Aggravation, die sich schon im MEDAS-Gutachten vom 24. August 2020 gezeigt habe, auch wenn auf Letzteres aufgrund formaler Mängel (nicht brauchbares handchirurgisches Teil-Gutachten bei ansonsten schlüssigen Beurteilungen in den anderen beteiligten Disziplinen) nicht abgestellt werden könne.

Dr. F.____ diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Aggravation mit Schmerzausweitung in den gesamten linken Arm sowie demonstrierter Funktionslosigkeit des linken Daumens unklarer Ursache bei Status nach radialer Seitenbandläsion Daumengrundgelenk linke Hand am 12. Mai 2017 mit/bei Refixierung des radialen Seitenbandes Daumengrundgelenk links am 26. September 2017, Arthrodesse linkes Daumengrundgelenk am 16. Oktober 2018 und Schraubenentfernung am Daumengrundgelenk links und Resektion des radialen Sesambeinchens am 15. Februar 2021 sowie eine vorbestehende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete Dr. F.____ die arterielle Hypertonie ED 2018, behandelt, die Adipositas WHO Grad 1, das zervikale und lumbale Schmerzsyndrom mit/bei bildgebend Nachweis von deutlich degenerativen Veränderungen ohne schwerer Affektion nervaler Strukturen, klinisch-neurologisch kein Nachweis pathologischer Befunde und chronische Cephalgien mit/bei wahrscheinlich Kombination aus Spannungstypkopfschmerzen, schmerzmittelinduziert. Dr. F.____ bejahte das Vorliegen von Ausschlusskriterien. Es liege eine Aggravation vor, die erstmals von Dr. D.____ beschrieben und später im MEDAS-Gutachten und im Gutachten von Dr. P.____ bestätigt worden sei. In der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiter liege seit dem 12. Mai 2017 keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr vor. In einer leidensangepassten Verweistätigkeit, die einer nicht körperlichen bzw. nicht manuellen Tätigkeit entspreche, bei welcher der Versicherte die linke Hand und den linken Arm nicht einzusetzen brauche (z.B. in einer Aufsichts-/Kontrolltätigkeit oder ähnlichem), liege keine Leistungseinschränkung vor. Es bestehe aber eine 20 %-ige Leistungsminderung wegen der aktenkundig schon vorbestehenden psychiatrischen Diagnosen. Vom 12. Mai 2017 bis 31. März 2019 habe keine Arbeitsfähigkeit vorgelegen, ab 1. April 2019 bis auf weiteres bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Abschliessend führte Dr. F.____ aus, in Anbetracht der vom Versicherten seit dem Unfall vom 12. Mai 2017 demonstrierten Funktionslosigkeit des linken Daumens trotz medizinischer Massnahmen bei auch weiterhin hierfür fehlender objektivierbarer pathomorphologischer (sowohl muskuloskelettaler als auch nervaler) Ursache mit fehlenden klinisch objektiven Schonungszeichen (keine Daumenballenatrophie), wie von Dr. P.____ erneut bestätigt, müsse auf eine Aggravation geschlossen werden, die auch schon früher im Rahmen der Erstanmeldung 2010 nach im Jahr 2009 erlittenen HWS-Distorsion aufgefallen sei. Auf die Befundlage im Dossier könne abgestellt werden, weitere Abklärungen seien nicht angezeigt und auch nicht zielführend, da hiervon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten seien.

5.11 Im Rahmen des Einwandverfahrens reichte der Beschwerdeführer die ergänzenden Ausführungen von Dr. P.____ vom 21. Dezember 2022 ein. Dr. P.____ hielt darin fest, dass aufgrund der Schilderungen von Dr. D.____ im Sprechstundenbericht vom 15. März 2019 davon ausgegangen werden müsse, dass zu jenem Zeitpunkt die passive Beweglichkeit im Daumensattelgelenk und IP-Gelenk unauffällig gewesen sei, eine aktive Ansteuerung aber nicht möglich

gewesen oder bewusst nicht demonstriert worden sei. Dies, obwohl vorgängig ein bis zweimal wöchentlich Ergotherapie durchgeführt worden sei und der Patient ein Heimprogramm gehabt habe. Aus diesem Grund erscheine bereits ab dem 15. März 2019 eine Verbesserung der Situation im Bereich des Daumensattelgelenks und IP-Gelenks nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich. Dies sei von Dr. D.____ anlässlich der Konsultation vom 17. September 2019 offensichtlich ähnlich beurteilt worden. Weiter hielt Dr. P.____ fest, dass die angegebenen diffusen Sensibilitätsstörungen im Bereich des Daumens und die ausgeprägte Bewegungseinschränkung im Daumensattelgelenk sowie im Interphalangealgelenk des Daumens nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückzuführen seien. Für die nach durchgeführter Arthrodeese noch liegenden Schrauben und allfällig damit verbundene Beschwerden sehe es anders aus. Eingebrahtes Material könne zu Weichteilirritationen führen oder könne bei Berührung störend sein, wenn das Material über das Knochenniveau herausstehe. Im Konsultationsbericht von Dr. O.____ vom 15. Dezember 2020 werde erwähnt, dass ein heftiger Druckschmerz über dem dorsopalmaren und radioulnaren Grundgelenk bestehe. In der CT-Untersuchung vom 12. Januar 2021 habe sich ein vollständiger ossärer Durchbau im MCP I-Gelenk gezeigt. Eine der Schrauben habe die palmare Kortikalis der proximalen Grundphalanx um 0.5 cm überragt. Die Schraubenspitze sei damit in unmittelbare Nähe respektive in direkten Kontakt mit der Daumenbeugesehne (Flexor pollicis longus) gekommen. Dies könne zumindest Druckschmerzen palmar über dem ehemaligen Grundgelenk erklären und könne auch der Grund dafür sein, dass die Beschwerden nach der Metallentfernung etwas besserten. Neben der Druckdolenz könne die Schraubenspitze auch zu einer Irritation und damit Schmerzen im Bereich der Beugesehne führen, welche sich typischerweise bei Bewegung des Interphalangealgelenks bemerkbar machen würden. Letztlich könne eine solche Situation auch zu einer Ruptur der Sehne führen. Die ebenfalls beschriebene, radiale Sesambeinarthrose, welche im besagten CT festgestellt worden sei, könne auch Schmerzen palmar über dem ehemaligen Daumengrundgelenk verursacht haben. Wie gross der Anteil dieser beiden Befunde an den Gesamtschmerzen gewesen sei, könne aufgrund der vorliegenden Akten und auch der Anamnese nicht definiert werden. Eine Irritation der Beugesehne durch die Schraubenspitze sei als Folge der Operation anzusehen, welche nötig geworden sei, um die MCP I-Instabilität, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit durch das Unfallereignis verursacht worden sei, zu beseitigen.

5.12 In der Stellungnahme vom 5. Februar 2024 führte Dr. F.____ aus, dass auf das MEDAS-Gutachten betreffend Handchirurgie nicht abgestellt werden könne und eine erneute Begutachtung vorgenommen worden wäre, hätte nicht die Suva eine Begutachtung veranlasst. Wie bereits in der Stellungnahme vom 2. Oktober 2020 ausgeführt, stehe das handchirurgische Gutachten isoliert da und widerspreche den anderen Gutachten. Von einem interdisziplinären Gutachten könne folglich nicht gesprochen werden. Das handchirurgische Gutachten blende völlig aus, dass neurologisch keine Befunde objektiviert werden könnten, die die demonstrierte Funktionslosigkeit des linken Daumens begründen könnten. Die fehlenden Atrophiezeichen als Zeichen langanhaltender Schonung des linken Daumens und des linken Armes und auch die neuropsychologisch auffallenden Beschwerdevalidierungstests und die Inkonsistenzen in der psychiatrischen Begutachtung würden im handchirurgischen Gutachten völlig ausgeblendet.

6.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die gesundheitlichen Einschränkungen seit dem 12. Mai 2017 bestehen würden und legte den Beginn der einjährigen Wartezeit auf dieses Datum fest. Weiter ging sie davon aus, dass dem Beschwerdeführer aus versicherungsmedizinischer Sicht bis zum 31. März 2019 keine relevante Erwerbstätigkeit habe zugemutet werden können. Ab 1. April 2019 hingegen erachtete sie die Ausübung einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 80 % als zumutbar. Sie stützte sich dabei auf die Einschätzung von Dr. F._____ vom 23. August 2022 (vgl. Erwägung 5.10 hiavor).

6.2 Der Beschwerdeführer bringt vor, dass Dr. F._____ zu Unrecht vom Ausschlusskriterium der Aggravation ausgehe. Das Gutachten von Dr. P._____ äussere sich nicht zur Arbeitsfähigkeit, sondern beschränke sich auf die Beurteilung der Unfallkausalität im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 12. Mai 2017. Gestützt auf die Beurteilung von Dr. P._____ habe die Suva basierend auf einer 100 %-igen Arbeitsunfähigkeit bis 28. Februar 2021 Taggeldleistungen erbracht. Das MEDAS-Gutachten bestätige in verschiedenen Disziplinen eingeschränkte Arbeitsfähigkeiten auch in Verweistätigkeiten. Aus handchirurgischer Sicht sei eine 40 %-ige, aus neurologischer Sicht eine 20 %-ige und aus psychiatrischer Sicht ebenfalls eine 20 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt worden. Aus interdisziplinärer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine 40 %-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Obwohl Dr. F._____ das MEDAS-Gutachten als unbrauchbar bezeichnet habe, habe sie weder eine neue Begutachtung angeordnet noch Rückfragen an die MEDAS-Gutachter veranlasst. Stattdessen habe sie eine eigene Einschätzung vorgenommen, die aber nicht umfassend sei. Es gehe nicht an, eine nicht genehme einzelne Disziplin als unbrauchbar darzustellen und durch eine eigene Einschätzung zu ersetzen. Für die psychiatrische Einschätzung beziehe sich Dr. F._____ auf das Gutachten aus dem Jahr 2012, ohne die aktuell attestierte Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht zu beurteilen. Sie übergehe den Unfall vom September 2018, der gerade mit Blick auf die psychiatrische Beurteilung wegweisend gewesen sei. Mit ihrem Vorgehen übersehe Dr. F._____ die Einschätzung des psychiatrischen MEDAS-Gutachters, der die depressive Störung in erster Linie als Folge des Unfallereignisses vom 24. September 2018 beurteilt habe. Dieser Gutachter habe auch eine ausgeprägtere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine längere Zeit als bis März 2019 als möglich erachtet, zumindest so lange, bis die Störung der Behandlung in der Klinik R._____ zugeführt worden sei. Damit sei die Einschätzung von Dr. F._____, wonach ab Ende März 2019 ein verbesserter Gesundheitszustand festzustellen sei, klar falsch. Auch vor diesem Hintergrund erweise sich die Abklärung der Beschwerdegegnerin insgesamt als ungenügend.

7.1 Zu prüfen ist somit, ob der medizinische Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt wurde. Diesbezüglich ist in Ergänzung der in Erwägung 4.3 hiavor dargelegten Grundsätzen darauf hinzuweisen, dass 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 ist, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Berichten versicherungsinterner Fachpersonen – so auch Berichten von Ärztinnen und Ärzten des RAD – kommt nicht derselbe Beweiswert zu, wie einem

im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen. An die Beweiswürdigung sind deshalb strenge Anforderungen zu stellen, wenn ein Versicherungsfall gestützt darauf entschieden werden soll. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts vom 26. März 2015, 8C_879/2014, E. 5.3).

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass die Auffassung von Dr. F.____, wonach das MEDAS-Gutachten die Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Einschätzung nicht erfülle, volle Zustimmung verdient. Das MEDAS-Gutachten ist in mehreren Punkten nicht schlüssig und nachvollziehbar begründet, weshalb gestützt darauf nicht rechtsgenügend beantwortet werden kann, ob der Beschwerdeführer auch ab 1. Juli 2019 weiterhin Anspruch auf eine Rente hat. Insbesondere erscheint fraglich, weshalb im Konsensteil gestützt auf die Teilgutachten zwar unterschiedliche Feststellungen betreffend Konsistenz und Aggravation/Verdeutlichungstendenz festgehalten wurden, diese verschiedenen Wahrnehmungen in der Folge aber nicht in einem konsensualen Sinne erklärt, besprochen und ausgewertet wurden. Stattdessen wurden die einzelnen Beobachtungen lediglich wiederholt. Insbesondere erstaunt, dass sich Dr. I.____ weder mit den in den anderen Teilgutachten genannten Hinweisen auf gewisse Verdeutlichungstendenzen noch mit den Feststellungen von Dr. D.____, der sich die Unbeweglichkeit des Daumens ohne entsprechende objektive neurologische oder muskuläre Befunde nicht hatte erklären können, konkret auseinandersetzte. Weiter mangelt es dem Konsensteil an einer schlüssigen und nachvollziehbaren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich wird nach Darstellung der Arbeitsunfähigkeiten lediglich erklärt, dass sich aus interdisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten und von 40 % in einer Verweistätigkeit ergebe und das seitens des handchirurgischen und neurologischen Teilgutachtens geäußerte Tätigkeitsprofil gelte (vgl. MEDAS-Gutachten, Konsensteil, Seite 18 f.). Schliesslich vermag der Konsensteil des MEDAS-Gutachtens auch bezüglich der retrospektiven Festlegung der Arbeitsunfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht nicht zu überzeugen, obwohl es sich hier ebenfalls um eine der Kernaufgaben des Gutachtensauftrags handelte. Auch hier wurden im Konsensteil lediglich die Beurteilungen der Teilgutachten wiedergeben, ohne dass eine differenzierte Auseinandersetzung mit den von den einzelnen Experten festgelegten unterschiedlichen Zeitpunkten stattgefunden hätte (vgl. MEDAS-Gutachten, Konsensteil, Seite 20 f.). Teilweise wurde in den Einzelgutachten gar in pauschaler Art und Weise bewusst auf eine Auseinandersetzung mit den Vorakten und dem Verlauf der Arbeitsunfähigkeiten verzichtet. Insgesamt hinterlässt das Gutachten den Eindruck, als hätte gar kein Austausch zwischen den Gutachtern und der Gutachterin stattgefunden. Für die vorliegende Rentenfrage ist ihm deshalb die Beweiskraft abzusprechen.

7.3 Zur Beurteilung der Rentenfrage kann aber auch nicht das handchirurgische Gutachten von Dr. P.____ und die entsprechende Ergänzung herangezogen werden. Die Suva beauftragte Dr. P.____ mit der gutachterlichen Abklärung des Vorzustands und der Unfallkausalität betreffend das Ereignis vom 12. Mai 2017 aus handchirurgischer Sicht und lediglich bezogen auf den verletzten Daumen (vgl. Auftrag der Suva an Dr. P.____ vom 3. November 2021). Dr. P.____ kam aber nicht die Aufgabe zu, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus handchirurgischer

Optik zu beurteilen, schon gar nicht, eine gesamtheitliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzugeben. Selbst wenn das Gutachten inhaltlich aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht zu überzeugen vermag, kann es das Gutachten von Dr. I.____ nicht tel quel ersetzen und an dessen Stelle in die Konsensbeurteilung des MEDAS-Gutachtens "eintreten". Gerade beim Beschwerdebild des Beschwerdeführers muss zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung die gutachterliche Abklärung eine gesamtheitliche Betrachtung umfassen, ansonsten sie den Untersuchungsgrundsatz von Art. 43 ATSG verletzt.

7.4.1 Schliesslich kann aber auch nicht auf die Beurteilung von Dr. F.____ vom 23. August 2022 (vgl. Erwägung 5.10 hiervor) abgestellt werden. Sie beurteilte in dieser auf den Akten basierenden Stellungnahme den medizinischen Sachverhalt selbst, wobei sie sich auf einzelne Feststellungen der MEDAS-Gutachter abstützte, zudem auf die Einschätzungen von Dr. P.____ verwies und in gewissen Punkten selbst eine Einschätzung vornahm. Diese Vorgehensweise vermag in der vorliegenden Konstellation nicht zu überzeugen, da in den medizinischen Unterlagen zu viele Unklarheiten vorhanden sind, die zunächst gutachterlich abzuklären sind, bevor die Arbeitsfähigkeit und deren Verlauf basierend auf einer konsensualen Diskussion aller involvierten Fachrichtungen zuverlässig beurteilt werden kann.

7.4.2 Dr. F.____ ging von einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit im Umfang von 80 % per 1. April 2019 aus. Aufgrund von anderen Beurteilungen werden an dieser Einschätzung gewisse Zweifel geweckt. So ist zunächst festzustellen, dass Dr. F.____ die Folgen des Autounfalles vom 24. September 2018, bei dem sich der Beschwerdeführer eine HWS Distorsion Grad II und eine LWS Kontusion zugezogen hatte, nicht in ihre Beurteilung miteinbezog. Hierzu ist dem Teilgutachten von med. pract. N.____ immerhin zu entnehmen, dass sich ab diesem Unfallereignis eine depressive Störung sukzessive ausgebildet habe, die zunächst eine Teilarbeitsunfähigkeit, möglicherweise vorübergehend bis zur Behandlung der Störung in der Klinik R.____ per 11. September 2019 auch zu einer ausgeprägteren Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt haben könnte. Die depressive Symptomatik habe durch die Behandlung eine Besserung erfahren und es sei anzunehmen, dass auch diese, wie für depressive Störungen üblich, im weiteren Verlauf noch eine weitere Besserung erfahren dürfte, sodass eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit durch eine depressive Symptomatik allenfalls noch für sechs bis 12 Monate anzunehmen wäre (Seite 25 des Teilgutachtens). Hinzu kommt, dass die Suva das Taggeld aufgrund des Gutachtens von Dr. P.____ schliesslich bis 28. Februar 2021 erbrachte und bis zu diesem Zeitpunkt aufgrund der Daumenproblematik von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausging. Gestützt auf die nachvollziehbaren Ausführungen von Dr. P.____ ist davon auszugehen, dass bis nach der Materialentfernung eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorlag. Unklar ist aber, wie hoch die Einschränkung war und wie lange sie nach dem operativen Eingriff von Dr. O.____ andauerte.

7.4.3 Im Weiteren ging Dr. F.____ von einer Aggravation und damit von einem eigentlichen Leistungsausschluss aus. Sie bezog sich hier insbesondere auf die angebliche Unbeweglichkeit des Daumens ohne entsprechende objektive neurologische oder muskuläre Befunde. Das Vorliegen von Aggravation führt rechtsprechungsgemäss nicht automatisch zur Verneinung jeglicher versicherten Gesundheitsschädigung, sondern nur insoweit, als die Leistungseinschränkung auf der Aggravation beruht (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 mit Hinweis) oder als deren Folge nicht mit

ausreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. September 2018, 9C_659/2017 E. 4.4 mit Hinweis u.a. auf BGE 138 V 218 E. 6). In BGE 143 V 418 E. 7.1 wird betont, dass Hinweise auf Inkonsistenzen, Aggravation oder Simulation nicht in jedem Fall einen Ausschlussgrund bilden, aber jedenfalls nach einer vertiefenden Prüfung des funktionellen Schweregrades (des ärztlich festgestellten psychischen Leidens) rufen.

Die MEDAS-Gutachter machten folgende Feststellungen zum Thema Aggravation: Dr. I.____ hielt auf Seite 15 seines handchirurgischen Teilgutachtens fest, dass er beim Versicherten während des ganzen Explorationszeitraums kein aggravierendes Verhalten oder eine Betonung von Krankheitssymptomen habe beobachten können. Der Versicherte wirke glaubhaft. Auch Dr. J.____ hielt in seinem internistischen Teilgutachten auf Seite 13 fest, dass sich kein konkreter Anhalt für Aggravation oder Simulation ergeben habe. Dr. K.____ seinerseits gelangte im neurologischen Teilgutachten auf Seite 27 zum Schluss, dass die Beschwerden auf jeden Fall konsistent erscheinen würden, da der Versicherte im Alltag massiv eingeschränkt sei, einen sehr engen Lebensraum habe und ein sozialer Rückzug bestehe. Das Schmerzsyndrom zervikal/lumbal lasse sich zumindest bildgebend teilweise erklären, die gesamte Schwere und das Ausmass der Einschränkung sei allerdings von neurologischer Seite alleine nicht fassbar. In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine sicheren Hinweise für eine deutliche Aggravation oder gar Simulation ergeben. Dr. L.____ hielt in seinem rheumatologischen Teilgutachten auf Seite 20 fest, dass eine gewisse Verdeutlichungstendenz während der gesamten körperlichen Untersuchung erkennbar gewesen sei. Weiter stellte Dr. L.____ auf Seite 24 fest, dass bei den einzelnen Untersuchungs- beziehungsweise Übungsschritten eine Verdeutlichungstendenz zu erkennen gewesen sei. Dies habe sich aber im Laufe der Untersuchung gebessert, da er den Versicherten direkt auf sein Verhalten angesprochen und erklärt habe, dass diese Art und Weise des Gegenstehens und Wackelns im Stehen kein glaubhaftes Muster sei. MSc M.____ hielt auf Seite 19 ihres neuropsychologischen Teilgutachtens fest, dass die Untersuchung ein deutlich überlagertes Bild ergeben habe. Die formalen Leistungen des Versicherten seien schwankend, nicht nachvollziehbar und stünden in keinem Verhältnis zu den Beobachtungen, den Angaben aus der Anamnese und den Akten sowie dem klinischen Eindruck im Gespräch. Auf Seite 21 hielt sie zusammenfassend fest, dass auf der Grundlage der eigenen Befunderhebung keine positive Aussage gemacht werden könne, ob eine krankheitsbezogene Funktionsstörung vorliege. Einige der geltend gemachten Beschwerden würden sich auf der Befundlage wiederholt widerlegen lassen. Aus den aktuell erhaltenen Befunden positiv belegbar und überwiegend wahrscheinlich nachweisbar seien negative Antwortverzerrungen des Versicherten, sodass kein gültiges Testprofil erhalten werden könne. Es sei möglich wahrscheinlich, dass eine krankheitswertige Symptomatik vorhanden sei, aber aufgrund der nachweisbaren Übertreibungstendenzen des Versicherten sei das Ausmass des tatsächlichen Ausfallsmusters nicht abzuschätzen. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, entziehe sich aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Versicherten den Erkenntnismöglichkeiten der Untersucherin. Auf Seite 26 ff. führte sie schliesslich aus, dass Verdeutlichungstendenzen zweifellos vorliegen würden. Inwiefern diese möglich wahrscheinlich bewusstseinsnah oder lediglich als Ausdruck eines "cry for help" seien, sei dem psychiatrischen Gutachten zu entnehmen. Med. pract. N.____ gelangte auf Seite 26 zum Schluss, dass Inkonsistenzen insbesondere in Bezug auf das Chauffieren eines Autos, die Reise des Versicherten, die

neuropsychologische Untersuchung, die angegebene Appetitminderung versus das Körpergewicht sowie die Laboruntersuchungen auszumachen seien. Weiter führte er auf Seite 29 aus, dass sich anfänglich doch mindestens eine Verdeutlichungstendenz gezeigt habe.

Aus dem MEDAS-Gutachten lässt sich somit entgegen der Auffassung von Dr. F.____ keine eindeutige Aggravation entnehmen. Auch in früheren Berichten (so z.B. im Bericht der Klinik S.____ vom 10. Mai 2010) wurde bei der Symptomvalidierung diskutiert, ob eine bewusstseinsferne Verdeutlichung der Beschwerde oder doch eher eine Aggravation vorliege, wobei eher von einer Verdeutlichungstendenz ausgegangen wurde. Hinzu kommt, dass nach Erstellung des MEDAS-Gutachtens, aber noch vor Verfügungserlass die Materialentfernung durch Dr. O.____ erfolgte, die zu einer Verbesserung führte. Dr. P.____ und Dr. O.____ nannten als mögliche Ursache für die Beschwerden das Herausragen der Schraube. Soweit Dr. F.____ diesbezüglich von einer Aggravation ausging und eine Arbeitsunfähigkeit ab Durchbau des Knochens nach der Arthrothese als nicht mehr begründbar erachtete, da der Fortbestand der Beschwerden morphologisch nicht mehr nachvollziehbar gewesen sei, kann ihr nicht gefolgt werden. Es gibt in den Akten zwar einige Hinweise auf eine Verdeutlichungstendenz, aber hinsichtlich der Daumenbeschwerden ist dies nicht eindeutig gegeben. Eine eindeutige und klare Aggravation ist damit nicht erstellt, weshalb gestützt darauf der Leistungsanspruch nicht abgewiesen werden kann.

7.5 Damit zeigt sich, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer nach Erhalt des MEDAS-Gutachtens, das sie zu Recht als nicht beweistauglich erachtete, nochmals selbst im Rahmen von Art. 44 ATSG polydisziplinär gutachterlich hätte abklären lassen müssen. In dem sie darauf verzichtete und gestützt auf eine widersprüchliche und in mehreren Punkten ungeklärte medizinische Aktenlage die Arbeitsunfähigkeit beurteilte, liegt eine Verletzung von Art. 43 ATSG vor. In Anbetracht dieser Umstände ist ausnahmsweise davon abzusehen, ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben. Stattdessen ist die Angelegenheit zur Vornahme neuer medizinischer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

8.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (vgl. BGE 145

V 209 E. 5.1 mit Hinweisen). Diese Rechtsprechung findet auch dann Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird (vgl. BGE 145 V 209 E. 5.4).

8.2 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. Mai 2018 bis 30. Juni 2019 eine ganze Invalidenrente zu. Im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 14. Dezember 2023 war der Beschwerdeführer bereits älter als 62 Jahre. Die medizinische Zumutbarkeit ist derzeit noch unklar. Im Zeitpunkt der von der Beschwerdegegnerin festgesetzten Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per April 2019 war der Beschwerdeführer bereits über 55 Jahre alt. Die dargelegte Rechtsprechung kommt somit ohne weiteres zur Anwendung (vgl. BGE 145 V 209 E. 5.4).

8.3 Neben der Zulässigkeit aus medizinischer Sicht ist die Rentenabstufung somit im Falle des Beschwerdeführers an die weitere Voraussetzung geknüpft, dass die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung gegeben ist. Die Beschwerdegegnerin trägt die Beweislast dafür, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen wäre, ein allfällig wieder ausgewiesenes höheres Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten. Sobald der medizinische Sachverhalt feststeht, wird die Beschwerdegegnerin deshalb weitere Abklärungen zur Frage zu treffen haben, ob der Beschwerdeführer eine allfällig wiedergewonnene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt überhaupt verwerten kann, wofür unter anderem Eingliederungsmassnahmen in die Wege zu leiten sind. Erst danach kann über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers bzw. eine allfällig befristete Rentenzusprache rechtsgenüglich entschieden werden.

9. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass die Beurteilung von Dr. F.____ keine ausreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers bildet und sich weitere sorgfältige medizinische Abklärungen aufdrängen. Die Angelegenheit ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie mittels Beizugs eines externen polydisziplinären Gutachtens gemäss Art. 44 ATSG und unter Wahrung der Rechte des Beschwerdeführers den medizinischen Sachverhalt umfassend abklären lässt. Danach wird sie konkret zu prüfen haben, ob der Beschwerdeführer eine allfällig wiedergewonnene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt aufgrund seines fortgeschrittenen Alters überhaupt noch selbst verwerten kann. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen und die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2023 wird aufgehoben.

10.1 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 bei ihm angefochtene Verfügung auf und weist es die Angelegenheit zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die IV-Stelle zurück, so gilt in prozessualer Hinsicht die Beschwerde führende Partei als (vollständig) obsiegende und die IV-Stelle als unterliegende Partei (vgl. BGE 137 V 57 E. 2.1 und 2.2).

10.2 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten 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 Kantonsgericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdegegnerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der vom Beschwerdeführer geleistete Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- ist ihm zurückzuerstatten.

10.3 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Da der Beschwerdeführer obsiegende Partei ist, ist ihm eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers machte in seiner Honorarnote vom 8. Juli 2024 einen Zeitaufwand von 10.55 Stunden geltend. Dieser Aufwand erweist sich umfangmässig und in Anbetracht der vorgebrachten Sachverhalts- und Rechtsfragen als angemessen und ist mit dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Stundenansatz von Fr. 250.-- zu vergüten. Unter Berücksichtigung der geltend gemachten Auslagen vom Fr. 67.20 und von 8,1 % Mehrwertsteuer ist dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'923.80 zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

11. 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 materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (vgl. BGE 133 V 477 E. 4.2). 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 14. Dezember 2023 bzw. vom 5. April 2024 aufgehoben und die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.
2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Dem Beschwerdeführer wird der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2'923.80 (inkl. Auslagen und 8,1 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.
4. Die Beschwerdegegnerin erhält eine Kopie der Eingabe des Beschwerdeführers vom 10. April (recte 8. Juli) 2024 zur Kenntnisnahme zugestellt.