

GR_GERICHTE S 2022 93 vom 6. Dezember 2022

GR Gerichte, 2022-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2022_93

FR: GR_GERICHTE S 2022 93 du 6 décembre 2022

IT: GR_GERICHTE S 2022 93 del 6 dicembre 2022

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

August 1994 zu. In der Folge wurde dieser Rentenanspruch wiederholt revisionsweise überprüft und bestätigt.

E. 2

Im Zuge eines weiteren, im Dezember 2011 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens veranlasste die IV-Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend: IV-Stelle) neben einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) eine bidisziplinäre Begutachtung durch den Rheumatologen B._____, Institut für medizinische und ergonomische Abklärungen (IME), und Dr. med. C._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie. Letzterer erhob in seinem Teilgutachten vom 29. August 2012 keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In dem am 12. April 2013 erstatteten Gutachten des IME (nachfolgend: IME-Gutachten) stellte der Rheumatologe B._____ folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts mit mehrsegmentalen Diskopathien und Spondylarthrosen ohne Hinweise auf Wurzelkompression oder segmentale Instabilität, mit muskulärer Dysbalance mit myofaszialer Schmerzkomponente sowie mit begleitender ausgeprägter Verhaltensproblematik. Der Gutachter hielt fest, dass aus rheumatologischer Sicht in der bisherigen Tätigkeit als Strassenbauer bzw. Fugenmonteur eine 100%ige Arbeitsun-

- 3 - fähigkeit und in einer adaptierten, leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe.

E. 3

Nachdem die IV-Stelle A._____ vom 16. August 2013 bis 17. September 2013 mittels einer Standkamera observieren lassen hatte, bat sie den Rheumatologen B._____ mit Schreiben vom 3. Dezember 2013 um Beantwortung von Zusatzfragen bezüglich der durchgeführten Observation. Am 16. Dezember 2013 verfügte sie die vorsorgliche Einstellung der Rente mit sofortiger Wirkung. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. Februar 2014 hielt der Rheumatologe B._____ fest, aus rheumatologischer Sicht sei für die angestammte Tätigkeit als Strassenbauer bzw. Fugenmonteur weiterhin von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Hingegen werde aufgrund der Videoobservation für eine angepasste Tätigkeit ein höheres Arbeitspensum als zumutbar erachtet. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht deshalb mindestens eine

Arbeitsfähigkeit von 80 %. Dabei ging der Rheumatologe von einer wechselbelastenden Tätigkeit mit der Möglichkeit des Wechsels zwischen Stehen, Gehen und Sitzen, mit einem ausnahmsweisen Hantieren von Lasten zwischen 12.5 und 15 kg, ohne Zwangshaltung der Wirbelsäule, ohne Gewichtsbelastung von über 15 kg sowie ohne lange Gehstrecken bzw. ohne häufiges Treppensteigen aus. Eine solche Tätigkeit sollte ganztags mit vermehrten Pausen im Rahmen von 20 % über den Tag verteilt, realisiert werden können. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren hob die IV-Stelle die Rente mit Verfügung vom 25. Juli 2014 aufgrund eines neu ermittelten Invaliditätsgrades von (maximal) 31.7 % rückwirkend per 31. Juli 2012 auf. Mit einer weiteren Verfügung vom 15. August 2014 verpflichtete sie A._____ sodann, die vom 1. August 2012 bis 31. Dezember 2013 zu Unrecht bezogenen Leistungen im Betrag von CHF 55'552.-- zurückzuerstatten. Diese Verfügungen wurden vom Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit Urteil S 14 124 und 131 vom

- 4 - 24. Juni 2015 sowie vom Bundesgericht mit Urteil 9C_582/2015 vom 9. März 2016 geschützt.

E. 3.1

In Bezug auf das anwendbare Recht ist festzuhalten, dass seit dem 1. Januar 2022 die revidierten Bestimmungen des IVG (sowie des ATSG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft sind. Die hier angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 148 V 174 E.4.1, 144 V 210 E.4.3.1 und 129 V 354 E.1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der ab dem 1. Januar 2022 gültigen Fassung (Weiterentwicklung der IV) anwendbar.

E. 3.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn damit glaubhaft gemacht wird, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 i.V.m. Abs. 2 IVV; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2020 vom 15. Dezember 2020 E.2.2.). Eine solche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse kann namentlich in einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit entsprechend verminderter Arbeitsfähigkeit oder in geänderten erwerblichen Auswirkungen einer im Wesentlichen gleich gebliebenen Beeinträchtigung der Gesundheit liegen. Dagegen stellt eine bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts keine relevante Änderung dar

- 7 - (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_514/2019 vom 23. Dezember 2019 E.3.1, 8C_606/2019 vom 5. Dezember 2019 E.3.2 m.w.H.). Es obliegt der versicherten Person, die Voraussetzung des veränderten Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_455/2020 vom 20. Oktober 2020 E.3.1 m.w.H.). Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss also nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. BGE 144 V 427 E.3.2) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich

die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. 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 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_725/2019 vom 27. Januar 2020 E.2.2, 9C_733/2019 vom 2. Dezember 2019 E.2.2). Der Untersuchungsgrundsatz, wonach die Behörde von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen hat, spielt insoweit nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_725/2019 vom 27. Januar 2020 E.2.2). Dieser greift rechtsprechungsgemäss erst, wenn die Verwaltung auf ein Gesuch eintritt, folglich ein Verfahren eröffnet und verpflichtet ist, den massgeblichen Sachverhalt abzuklären (vgl. BGE 130 V 64 E.5.2.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_256/2019 vom 23. August 2019 E.6.5).

E. 3.3

Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, resp. die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (vgl. BGE 130 V 64 E.5.2.5; Urteile des Bundesgerichts

- 8 - 8C_481/2020 vom 15. Dezember 2020 E.4.1.3, 8C_256/2019 vom 23. August 2019 E.6.1, 8C_183/2016 vom 9. Mai 2016 E.2.1). Bei der Frage des Eintretens auf die Neuanmeldung kann somit nur auf jene ärztlichen Berichte abgestellt werden, die der Verwaltung im Zeitpunkt ihres Nichteintretensentscheids auch vorgelegen haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_256/2019 vom 23. August 2019 E.6.4). Das mit der Beschwerde eingereichte Schreiben von Dr. med. D._____ vom 5. September 2022 erging nach Erlass der Verfügung vom 18. August 2022 und lag der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt des Nichteintretensentscheids nicht vor. Selbst wenn es sich auf den Sachverhalt im Verfügungszeitpunkt bezieht, fällt insofern eine Ergänzung der Aktenlage im Rahmen des auf eine Nichteintretensverfügung folgenden Beschwerdeverfahrens ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2020 vom 15. Dezember 2020 E.4.1.3). Daher ist das besagte Schreiben unbeachtlich. Ebenfalls fällt eine schriftliche Befragung von Dr. med. D._____ bzw. dessen Beizug als Zeuge durch das Gericht – wie vom Beschwerdeführer beantragt – ausser Betracht.

E. 3.4

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung (mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs). Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs, d.h. bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E.3.2, 8C_256/2019 vom 23. August 2019 E.6.1).

E. 4

In der Folge trat die IV-Stelle auf die von A._____ im Juni 2016, März 2018 und Oktober 2020 gestellten Leistungsbegehren mit Verfügungen vom 30. Januar 2017, 3. Mai 2019 und 10. Mai 2021 mangels Glaubhaftmachung einer wesentlichen Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht ein.

E. 4.1

Im hier zu beurteilenden Fall ist somit als Vergleichsbasis auf die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. Juli 2014 abzustellen, mit welcher die Rente des Beschwerdeführers nach einlässlichen medizinischen Abklärungen rückwirkend per 31. Juli 2012 aufgehoben wurde (vgl. beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 123). Dieser Entscheid wurde vom Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit Urteil S 14 124 und 131

- 9 - vom 24. Juni 2015 sowie vom Bundesgericht mit Urteil 9C_582/2015 vom

E. 4.2

Der Rheumatologe B._____ diagnostizierte im IME-Gutachten vom

E. 4.3

In seiner Stellungnahme vom 5. Februar 2014 hielt der Rheumatologe B._____ nach Sichtung des Observationsmaterials ergänzend fest, die beklagten Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers an-

- 17 - llässlich der eigenen Untersuchungen kontrastierten deutlich mit dem in der Videoüberwachung dokumentierten Schmerzverhalten. In der Videoüberwachung könnten die in den klinisch-rheumatologischen und physiotherapeutischen Untersuchungen demonstrierten Einschränkungen nicht bestätigt werden. Aus gutachterlicher Sicht seien in den Video- und Ermittlungsakten keine konkreten körperlichen Einschränkungen erkennbar, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit einschränkten. Es handle sich allerdings um eine Überwachung des Eingangsbereichs des Hauses, weshalb eine Einsicht in die effektiven Alltagsaktivitäten des Beschwerdeführers nur teilweise möglich sei. In den Videoaufnahmen sei der Beschwerdeführer ausserdem nicht beim Tragen oder Manipulieren schwerer Gegenstände zu sehen. Einmal sei das Tragen von vier Reifen dokumentiert. Gemäss dem Ermittlungsbericht seien solche Reifen maximal 15 kg schwer. Ansonsten habe nur das Tragen von leichteren Gegenständen beobachtet werden können. Wiederholt seien sodann Bückbewegungen sichtbar gewesen. Dabei hätten keine wesentlichen Einschränkungen beobachtet werden können. Häufig sei ein leichtes Schonhinken nachweisbar gewesen. Ein ausgeprägtes Hinken und eine deutliche Oberkörperprotraktion seien einzig am Nachmittag des 9. September 2013 und am Morgen des 11. September 2013 sichtbar gewesen. Zusammenfassend seien somit kürzere Phasen mit deutlich vermehrter Schmerzsymptomatik und reduzierter körperlicher Aktivität möglich. Die vom Beschwerdeführer berichtete Anzahl und Dauer der Beeinträchtigung hätten jedoch in der Observation nicht nachgewiesen werden können (vgl. Bg-act. 101 S. 2 f.). Aus rheumatologischer Sicht sei weiterhin davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer mittelschwere, schwere und sehr schwere körperliche Tätigkeiten, wie die angestammten Tätigkeiten als Strassenbauer und Fu-genmonteur, nicht zumutbar seien. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht hingegen eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 %. Eine solche Tätigkeit sollte die Möglichkeit zur wechselbelas-

- 18 - tenden Tätigkeit beinhalten. Bei Bedarf sollte dabei zwischen stehender, gehender oder sitzender Arbeitsposition gewechselt werden. Tätigkeiten, welche eine längere Zwangshaltung der Wirbelsäule bedingen, sollten vermieden werden. Gewichtbelastungen von über 12.5 bis höchstens

E. 4.4

Der RAD-Arzt G._____ hielt in seiner Beurteilung vom 18. April 2013 zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung des Rheumatologen B._____ gemäss IME- Gutachten vom 12. April 2013 fest, diese sei als absolute Mindesteinschätzung anzusehen. Es sei anzunehmen, dass die effektive Leistungsfähigkeit weit über der präsentierten Leistungsfähigkeit von 60 % liege (vgl. Bg-act. 124 S. 12). Ausserdem führte er in seiner Abschlussbeurteilung vom 12. Februar 2014 in Bezug auf die ergänzende Stellungnahme des Rheumatologen B._____ vom 5. Februar 2014 aus, dieser Beurteilung sei grundsätzlich zuzustimmen. Jedoch sei die Leistungsminderung von 20 % sehr hoch angesetzt. Hier müsse der Rechtsanwender entscheiden, ob er in Kenntnis des Gesamtfalles diese 20 % akzeptiere oder bei ausgewiesener Aggravation die angegebenen Auswirkungen des Gesundheitsschadens nicht übernehme (vgl. Bg-act. 124 S. 13).

E. 5

Am 22. März 2022 meldete sich A._____ erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an und reichte zwei ärztliche Zeugnisse der Dres. med. D._____, Facharzt für Rheumatologie FMH, Chefarzt Zürcher Rehasentren, Klinik E._____, sowie F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 15. März 2022 und 21. März 2022 ein.

E. 5.1

In der angefochtenen Verfügung vom 18. August 2022 trat die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mangels glaubhaft gemachter Veränderung der Verhältnisse nicht ein (vgl. Bg-act. 224). Dabei stützte sie sich auf die Beurteilung des RAD-Arztes G._____

- 19 - vom 4. April 2022 ab (vgl. Bg-act. 224 S. 3 f.). Darin nahm dieser zu den zusammen mit dem Leistungsbegehren bzw. im Einwandverfahren eingereichten Berichten Stellung und hielt fest, dass das ärztliche Zeugnis von Dr. med. D._____ vom 15. März 2022 keine neuen Diagnosen enthalte und sich daraus auch keine neuen Abklärungen in Bezug auf neue, bisher nicht bekannte Krankheiten ergäben. Es werde lediglich bescheinigt, dass der Beschwerdeführer nach wie vor an Schüben im Bereich der Hände und der Wirbelsäule leide (alt bekannt) und es zu erheblichen Verspannungen der Rückenmuskulatur komme (ebenfalls alt bekannt). Bezüglich des ärztlichen Zeugnisses von Dr. med. F._____ vom 21. März 2022 wurde ausgeführt, dass dieser den Beschwerdeführer erst seit Herbst 2019 betreue und somit die umfangreiche IV-Vorgeschichte samt Ermittlungen betreffend Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch nicht kenne. Dr. med. F._____ verweise auf die rheumatologische Beurteilung von Dr. med. D._____ vom 15. März 2022 und bestätige die von diesem attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestehe nicht der geringste Hinweis darauf, dass ein verschlechterter Gesundheitszustand vorliege (vgl. Bg-act. 225 S. 8). 5.2.1. Demgegenüber ist der Beschwerdeführer der Ansicht, dass er mit dem ärztlichen Zeugnis von Dr. med. D._____ vom 15. März 2022 eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit der IME-Begutachtung im Jahr 2013 bzw. dessen Ergänzung im Jahr 2014 glaubhaft gemacht hat. Im Einzelnen lässt sich daraus Folgendes entnehmen: 5.2.2. Im ärztlichen Zeugnis vom 15. März 2022 wies Dr. med. D._____ folgende Diagnosen aus (vgl. beschwerdeführerische Akten [Bf-act] 3):

- 20 - Seronegative Spondylarthropathie (HLA-B27 negativ) mit/bei 1. ED 05.2016 (Skelettszintigraphie mit Mehranreicherung an beiden Iliosakralgelenken und am AC-Gelenk rechts, fortgeschrittene degenerative Wirbelsäulenveränderungen; Skelettszintigraphie 12.04.2017: Nachweis einer Zunahme der Sacroiliitis sowie

entzündlicher Prozess im Daumengrundgelenk rechts) 2. axiale und periphere Manifestation 3. rechtes ISG klinisch, entzündliche Enthesiopathie Epikondylus humeri radialis rechts (Sonographie 16.09.2020, regredient 14.12.2020) 4. Basistherapie mit Humira® ab 09.12.2019 - 26.05.2020 5. Wiedereinsatz mit Amgevita® ab 09/2020 bis dato 6. St. n. Basistherapie mit Erelzi® Frühjahr 2019, gestoppt wegen Ineffizienz Rezidivierende thromboembolische Ereignisse 1. Dauerantikoagulation initial mit Phenprocoumon, bei parenchymalen Einblutungen paravertebral links Th7 - Th11, Umstellung auf Rivaroxaban ab 01/2016 (10 mg/Tag) 2. St. n. rezidivierenden venösen Thrombosen des linken Beines 3. St. n. Lungenembolie ca. 2003 4. Rezidivierende Einblutungen in den Musculus rectus spinae, letztmals 2018 Dazu hielt er fest, dass im Mai 2016 nach einer Skelettszintigraphie neu eine seronegative Spondylarthropathie diagnostiziert worden sei. Der Beschwerdeführer habe in den letzten Jahren rezidivierende thromboembolische Ereignisse erlitten, welche eine Dauerantikoagulation initial mit Phenprocoumon bedingt hätten. Im Verlauf habe der Beschwerdeführer parenchymale Einblutungen paravertebral links auf Höhe Th7 - Th11 sowie rezidivierende Einblutungen im Musculus erector spinae, letztmals 2018, mit dadurch zusätzlich kompliziertem Verlauf erlitten. Im Rahmen der Beschwerden der seronegativen Spondylarthropathie, später auch im Rahmen der rezidivierenden Einblutungen in der Rückenmuskulatur, letztmals 2018, zeige sich eine richtungsweisende und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie der Funktions- und Aktivitätseinschränkungen ohne nachhaltige deutliche Besserung durch verschiedene bisher durchgeführte basistherapeutische Einstellungen der Spondylarthropathie. Da seit den Einblutungen eine NSAR-Therapie wegen dem durch die Thrombozytenaggregationshemmung stark erhöhten Blutungsrisiko kontraindiziert gewesen sei, habe dies zu einer erschwerten Einstellbarkeit der seronegativen Spondylarthropathie geführt. Im Frühjahr 2019 seit dementsprechend mit einer TNF-alpha-Hemmer Basistherapie

- 21 - mit Etanercept (Erelzi®) begonnen worden, welche wegen Ineffizienz habe gestoppt werden müssen. Seit Dezember 2019 erhalte der Beschwerdeführer eine Basistherapie mit Adalimumab (initial Humira®, später Amgevita®), welche bezüglich der entzündlichen Situation zwar eine leichte Besserung im Sinne einer verbesserten Lebensqualität gebracht habe, jedoch nicht in dem Rahmen, dass eine Arbeitsfähigkeit begründet werden könnte. Nach wie vor leide der Beschwerdeführer an häufigen und intensiven Schüben im Bereich der Hände und Wirbelsäule, zusätzlich auch an erheblichen Verspannungen der Rückenmuskulatur als Folge des Status nach rezidivierenden Einblutungen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe entsprechend eine 100%ige langfristige Arbeitsfähigkeit (vgl. Bf-act. 3).

E. 5.3

Im ärztlichen Zeugnis von Dr. med. D. _____ vom 15. März 2022 werden gestützt auf die im Mai 2016 und April 2017 durchgeführten Skelettszintigraphien eine Mehranreicherung in beiden Iliosakralgelenken sowie am AC-Gelenk rechts und eine Sakroiliitis ausgewiesen (vgl. Bf-act. 3). Dazu ist vorab auf Folgendes hinzuweisen: Am 13. Mai 2016 wurde im Kantonsspital Graubünden eine Mehrphasenskelettszintigraphie durchgeführt. Im dazugehörigen Bericht wurde in befundlicher Hinsicht insbesondere Folgendes festgehalten: "Ganzkörper-Frühaufnahme: Gesteigerte Traceranflutung am AC-Gelenk rechts und angedeutet Iliosakralgelenke. Ganzkörper-Spätaufnahme: Auffällig intensiv gesteigerte Traceranreicherung an beiden Iliosakralgelenken mit ISG: Sakrum-Ratio links =

1.42, rechts = 1.48 (Normbereich < 1.32). Deutliche Mehrspeicherung AC-Gelenk rechts, in Zusammenschau mit der Anamnese auch posttraumatisch erklärbar. Generalisiert inhomogene Tracerverteilung entlang der gesamten Wirbelsäule mit Punktum maximum in der mittleren BWS und kaudalen LWS / lumbosakraler Übergang, in erster Linie fortgeschrittenen Degenerationen entsprechend. An den Hüftgelenken mässige Mehrbelegungen (rechts > links). Kniegelenke mit allenfalls dis-

- 22 - kreten Mehrspeicherungen im medialen Kompartiment." Im Rahmen der Beurteilung wurde was folgt ausgeführt: "Szintigraphisch zeigt sich der Hauptbefund an beiden Iliosakralgelenken – DD: Sakroiliitis. Deutliche Mehrbelegung AC-Gelenk rechts, anamnestisch in erster Linie posttraumatischer Genese. Fortgeschrittene degenerative Wirbelsäulenveränderungen. Die weiteren gelenksbezogenen Tracerbelegungen, insbesondere an den Hüftgelenken, sind differentialdiagnostisch mit Arthrosen vereinbar." Der Bericht des Kantonsspitals Graubünden betreffend Mehrphasenskelettszintigraphie vom 13. Mai 2016 wurde an Dr. med. H. _____, Facharzt Innere Medizin und Rheumatologie FMH, weitergeleitet (vgl. Bg-act. 166 S. 5 f.). Dieser stellte in seinem Bericht vom 10. Juni 2016 die Diagnose einer seronegativen Spondylarthropathie und führte dazu in seiner Beurteilung aus, zusätzlich zu den bereits früher erwähnten degenerativ und muskulär bedingten Rückenschmerzen müsse neu aufgrund der Befunde in der Skelettszintigraphie auch von einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung aus dem Formenkreis der seronegativen Spondylarthritiden ausgegangen werden. Damit wäre mindestens teilweise auch erklärt, warum der Beschwerdeführer jeweils plötzlich Tage mit sehr starken Schmerzen habe, dazwischen aber auch wieder bessere Episoden aufträten, an denen er zwar nicht beschwerdefrei sei, aber doch deutlich weniger Schmerzen habe. Der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht für schwere Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Neu müsse aufgrund der Befunde auch für leichte Tätigkeiten mit vielen Arbeitsunterbrüchen gerechnet werden, so dass für solche Tätigkeiten aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe (vgl. Bg-act. 168 S. 2 ff.). In der Folge wurde am 12. April 2017 im Kantonsspital Graubünden erneut eine Skelettszintigraphie durchgeführt. Im dazugehörigen Bericht wurde betreffend Befund festgehalten, im Vergleich zur Aufnahme vom 13. Mai 2016 fänden sich etwas kräftigere DPD-Anreicherungen in der Frühphase an den Endphalangen der Finger. In der Spätphase zeige sich lediglich

- 23 - auf der rechten Seite das Daumengrundgelenk mit erhöhter DPD-Aufnahme. Die übrigen Gelenke zeigten keine vermehrte Radionuklidspeicherung. Betreffend Ganzkörperebene zeige sich nach wie vor eine kräftig vermehrte Radionuklidanreicherung in beiden Iliosakralgelenken (Ratio zum Sakrum links 1.48, rechts 1.56, Normwert < 1.32; Vorwert links 1.42 und rechts 1.48, insofern gegenüber der Voruntersuchung progredient). In den übrigen Gelenken zeige sich im Vergleich zum Vorbefund ein Status idem ohne neu hinzugetretene Gelenkmehranreicherungen. Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, szintigraphisch liessen sich lediglich eine progrediente ISG-Arthritis beidseits und eine entzündliche Veränderung im Daumengrundgelenk auf der rechten Seite objektivieren. Die Endphalangen seien etwas vermehrt durchblutet, zeigten allerdings keine vermehrte knöcherne Anreicherung, so dass allenfalls ein Weichteilprozess vorliegen könnte. Ansonsten liege im Vergleich zum Mai 2016 ein Status idem vor (vgl. Bg-act. 174 S. 27). Dr. med. H. _____ hielt in seinem Bericht vom 22. August 2017 an seiner gestellten Diagnose einer seronegativen Spondylarthropathie fest und führte unter dem Titel

"Zwischenanamnese" aus, dass weiterhin episodisch auftretende starke Rückenschmerzen lumbal mit Ausstrahlung ins Gesäss und in die Oberschenkel dorsal bestünden, welche öfters zu einer vollständigen Immobilisierung führten, so dass der Beschwerdeführer oft tagelang im Bett bleiben müsse und sich nur an Stöcken in der Wohnung bewegen könne. Weiter bestünden Gelenkschmerzen wechselnder Lokalisation und Intensität, welche bereits früher beschrieben worden seien, die sich aber seit der rechtskräftigen Verfügung vom 25. Juli 2014 verstärkt hätten, sowohl was die Häufigkeit aber auch die Schwere der Schübe betreffe. Sie hätten deshalb zu vermehrten Konsultationen beim Hausarzt und auch auf der Notfallstation des Kantonsspitals Graubünden geführt. Neu hinzugekommen seien zudem Schmerzen in beiden Knien, vor allem retropatellär, in der rechten Schulter und an den Fersen beidseits linksbetont, vor allem bei längerem Stehen und Gehen. Unter dem Titel "Beurteilung/Therapie und Vorschlag für weiteres Procedere" hielt Dr. med. H._____ zudem

fest, dass die lumbalen Rückenschmerzen mit teilweiser Ausstrahlung ins Gesäss beidseits einerseits durch generative Veränderungen der Wirbelsäule mit deutlicher muskulärer Dysbalance bedingt seien, andererseits bestünden aufgrund der Klinik und der Skelettszintigraphien auch Hinweise für entzündliche Veränderungen im Rahmen einer seronegativen Spondylarthropathie. Dazu gehörten die ISG-Arthritiden und die Anreicherungen im AC-Gelenk rechts sowie neu die Plantaraponeuritiden beidseits mit vermehrter Anreicherung kernspintomographisch nachgewiesen links und die Ansatzdysplasie des Ligamentum patellae. Die rechtsseitigen Schulterschmerzen seien zurückzuführen auf eine Supraspinatustendinopathie mit Impingement, bedingt durch degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette. Die retropatellären Knieschmerzen beidseits seien vorwiegend muskulär/ligamentär bedingt (verkürzte ventrale Oberschenkelmuskeln, Ansatzdysplasie Ligamentum patellae) und die rechtsseitigen Hüftschmerzen kämen zustande durch ein Impingement (Einklemmen von Weichteilen bei Hüftgelenkbewegungen mit entsprechenden Schmerzen), verstärkt durch die Labrumläsion. Betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit brachte Dr. med. H._____ schliesslich vor, seit dem IV-Entscheid vom Juli 2014 hätten sich die Schmerzepisoden verstärkt, sowohl was die Frequenz des Auftretens als auch die Intensität betreffe, mit Schmerzangaben bis 10 nach der visuellen Analogskala. Objektiv könne dies auch nachgewiesen werden durch die Zunahme der Aktivitätsanreicherung der Iliosakralgelenke in der Skelettszintigraphie vom April 2017 gegenüber derjenigen vor einem Jahr und das Neuauftreten typischer Enthesitiden (Plantaraponeuritis, Ansatzdysplasie Ligamentum patellae, eventuell auch Supraspinatustendinopathie). Der Beschwerdeführer sei daher aus rheumatologischer Sicht lediglich zu 50 % arbeitsfähig (vgl. Bg-act. 174 S. 19 ff.).

- 25 - In Gegenüberstellung des ärztlichen Zeugnisses von Dr. med. D._____ vom 15. März 2022 (bzw. der diesem zugrundeliegenden Berichte) mit dem IME-Gutachten vom 12. April 2013 ist Folgendes festzustellen: Im Letzteren wird der Gelenkstatus betreffend die unteren sowie oberen Extremitäten als im Wesentlichen unauffällig beschrieben. Insbesondere ist die Rede von einer unauffälligen Beweglichkeit der Schulter- und Hüftgelenke sowie von unauffälligen Hand- und Fingergelenken beidseits (vgl. Bg-act. 54 S. 31 und S. 42). Betreffend die vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung beklagten Gelenkschmerzen (insbesondere in den Schultern und Hüften) hält der Rheumatologe B._____ fest, dass diese am Ehesten im Rahmen einer Tendenz zur generalisierten

Schmerzerkrankung beurteilt würden (vgl. Bg-act. 54 S. 27 und S.46). Diese wird indes nicht unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit – auch nicht als Verdachtsdiagnose – aufgeführt (vgl. Bg-act. 54 S. 35), weshalb anzunehmen ist, dass sie nicht in die Einschätzung der funktionellen Leistungsfähigkeit eingeflossen ist.

Demgegenüber werden im ärztlichen Zeugnis von Dr. med. D._____ vom 15. März 2022 bzw. in den darin erwähnten Berichten eine Mehranreicherung an beiden

Iliosakralgelenken mit progredientem Verlauf sowie am AC-Gelenk rechts und ein entzündlicher Prozess im Daumengrundgelenk rechts ausgewiesen, die dem Formenkreis der seronegativen Spondylarthritiden mit axialer sowie peripherer Manifestation zugewiesen werden (vgl. Bf-act. 3 sowie Bg-act. 166 S. 5, 168 S. 2 f., 174 S. 19 ff. und S. 27). Diese entzündlichen Zustände konnten mittels einer NSAR-Therapie infolge des aufgrund der typischen Wechselwirkung von Thrombozytenaggregationshemmern erhöhten Blutungsrisikos nicht behandelt werden. Dies führte zu einer erschwerten Einstellbarkeit der seronegativen Spondylarthropathie. Die daraufhin im Frühjahr 2019 angefangene TNF-alpha-Hemmer-Basistherapie mit Etanercept (Erelzi®) musste wegen Ineffizienz gestoppt werden. Die in der Folge im Dezember 2019 begonnene Basistherapie mit Adalimumab (initial Humira®, später Amgevita®) zeigte bezüglich der entzündlichen Situation

- 26 - zwar eine leichte Besserung. Allerdings geht Dr. med. D._____ in seinem ärztlichen Zeugnis vom 15. März 2022 mit Blick auf die funktionelle Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers von wesentlichen Einschränkungen aufgrund der im Rahmen der seronegativen Spondylarthropathie auftretenden Beschwerden aus. Der Beschwerdeführer leide an häufigen und intensiven Schüben im Bereich der Hände und Wirbelsäule, daneben auch an erheblichen Verspannungen der Rückenmuskulatur infolge des Status nach rezidivierenden Einblutungen. Es zeige sich eine richtungsweisende und anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustands und des Funktionsniveaus ohne nachhaltige deutliche Besserung durch basistherapeutische Behandlungen (vgl. Bf-act. 3). Insofern ergibt sich, dass insbesondere die entzündliche Komponente betreffend die beiden Iliosakralgelenke, das AC-Gelenk rechts sowie das Daumengrundgelenk rechts im IME-Gutachten vom 12. April 2013 keine Erwähnung gefunden hat, weshalb sie auch nicht in die damalige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen ist. Vielmehr ging der Rheumatologe B._____ zusammenfassend von multisegmentalen degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule und muskulär bedingten lumbalen Schmerzen aus (vgl. Bg-act. 54 S. 46), weshalb die Schübe im Bereich der Hände und der Wirbelsäule entgegen der Beurteilung von RAD-Arzt G._____ vom 4. April 2022 auch nicht als alt bekannt abgetan werden können (vgl. Bg-act. 224 S. 3 f.). Wenn Dr. med. I._____, Leitender Arzt Innere Medizin, Kantonsspital Graubünden, in seinem Bericht vom 29. Juli 2016 in Bezug auf die Skelettszintigraphie vom Mai 2016 festhielt, dass er die dabei festgestellten Mehranreicherungen in den Iliosakralgelenken und im AC-Gelenk rechts im Rahmen von unspezifischen Veränderungen sehe (vgl. Bg-act. 166 S. 8 f.), kann dies mit Blick auf die dargelegten fachärztlichen rheumatologischen Berichte nicht nachvollzogen werden. Denn darin wurden diese mittels Skelettszintigraphie objektivierten Befunde einer entzündlichen rheumatischen Erkrankung aus dem Formenkreis der seronegativen Spondylarthritiden zugeschrieben (vgl. Bg-act. 168 S. 2 f.), was denn auch

- 27 - Dr. med. I._____ insoweit anzuerkennen schien, als er eine reaktive Spondylarthropathie, welche wiederholte Rückenblockaden auslösen könnte, für denkbar hielt

(vgl. Bg-act. 166 S. 9). Im weiteren Verlauf traten neben neuen Symptomen auch zunehmende Veränderungen der Beschwerden ein, indem sich die Schmerzschübe nach Angaben von Dr. med. H._____ sowohl hinsichtlich der Frequenz als auch der Schwere verstärkt hätten, was mit einer – wiederum skelettszintigraphisch im Sinne eines somatischen Korrelats festgestellten – Zunahme der Aktivitätsanreicherung erklärt und daneben neu typische Enthesitiden (Plantaraponeuritis, Ansatz- endinopathie Ligamentum patellae, eventuell auch Supraspinatustendinopathie) ausgewiesen wurden (vgl. Bg-act. 174 S. 19 ff.).

E. 5.4

Zudem weist Dr. med. D._____ in seinem ärztlichen Zeugnis vom 15. März 2022 gestützt auf die am 16. September 2020 durchgeführte Sonographie eine entzündliche Enthesiopathie des Epikondylus lateralis humeri radialis rechts aus (vgl. Bf-act. 3; siehe auch Bg-act. 199 S. 1). Auch wenn die diesbezüglichen Beschwerden am 14. Dezember 2020 regredient waren, zeitigen sie nach Einschätzung von Dr. med. D._____ zusammen mit den bereits erwähnten Gelenksentzündungen wesentliche funktionelle Auswirkungen (vgl. Bf-act. 3; siehe auch Erwägung 5.3). Im Gegensatz dazu ging der Rheumatologe B._____ im IME-Gutachten vom 12. April 2013 bezüglich der oberen Extremitäten – wie bereits dargelegt – noch von einem im Wesentlichen unauffälligen Gelenkstatus, insbesondere auch von beid- seits unauffälligen Ellenbogengelenken, aus (vgl. Bg-act. 54 S. 31 und S. 42). Somit ist davon auszugehen, dass der entzündliche Zustand am rechten Ellenbogen im Zeitpunkt der IME-Begutachtung noch nicht bestand und damit auch nicht in die damalige Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen ist.

E. 5.5

Gesagte verwiesen werden.

E. 5.6

Wie aufgezeigt, weist Dr. med. D._____ in seinem ärztlichen Zeugnis vom

E. 5.7

Somit ist aus dem Vergleich der im Verfügungszeitpunkt am 18. August 2022 gegebenen medizinischen Situation und derjenigen, wie sie sich anlässlich der Verfügung vom 25. Juli 2014 bot, zu schliessen, dass der Beschwerdeführer glaubhaft darlegen konnte, dass sich die tatsächlichen Verhältnisse in einem für den Leistungsanspruch erheblichen Mass verändert haben. Die Beschwerdegegnerin ist demnach zu Unrecht nicht auf dessen Leistungsbegehren eingetreten. Der (Renten-)Anspruch des Beschwerdeführers ist folglich rechtsprechungsgemäss in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen (vgl. BGE 141 V 9; Urteil des Bundesgerichts 8C_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2). Die Beschwerdegegnerin hat demnach eine umfassende medizinische Abklärung durch spezialisierte Fachpersonen zu veranlassen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_207/2019 vom 3. Juli 2019 E.5.3), womit es nicht bei den Beur-

- 31 - teilungen durch den RAD-Arzt sein Bewenden haben kann. Dabei bedarf es auch einer Auseinandersetzung mit dem psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (vgl. ärztliche Zeugnisse des behandelnden Psychiaters Dr. med. J._____ von Mai 2016 und Juli 2017, welche eine anhaltende depressive schizo-affektive Störung (ICD:10 F25.1) bei passiv-aggressiver Persönlichkeitsstörung (ICD:10 F60.8) und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausweisen [vgl. Bg-act. 166 S. 10 und 174 S. 37]). Ge-

stützt auf die dannzumal vollständigen medizinischen Unterlagen wird die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers erneut zu prüfen haben. 6. Die Beschwerde erweist sich somit als begründet und ist in Aufhebung der angefochtenen Verfügung gutzuheissen. Die Angelegenheit ist im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

E. 6

Nachdem der RAD-Arzt G. _____ in seiner Beurteilung vom 4. April 2022 zum Schluss gelangt war, dass kein verschlechterter Gesundheitszustand vorliege, stellte die IV-Stelle A. _____ mit Vorbescheid vom 5. April 2022 in Aussicht, nicht auf das Leistungsbegehren einzutreten. Dagegen erhob A. _____ am 26. April 2022 Einwand. Am 30. Mai 2022 reichte er nochmals das ärztliche Zeugnis von Dr. med. D. _____ vom 15. März 2022 nach. Mit Verfügung vom 18. August 2022 entschied die IV-Stelle wie vorbeschieden und trat auf das Leistungsbegehren nicht ein.

E. 7

Mit dagegen am 15. September 2022 beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erhobener Beschwerde beantragte A. _____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), die IV-Stelle sei zu verpflichten, auf das Leistungsbegehren vom 22. März 2022 einzutreten und die Angelegenheit durch ein externes multidisziplinäres Gutachten abzuklären und gestützt darauf den Rentenentscheid zu fällen. In prozessualer Hinsicht wurde um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverteidigung ersucht. Zur Begründung brachte der Beschwerdeführer sinngemäss vor,

- 5 - sein behandelnder Arzt bestätige eine erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustands seit der (Ergänzungs-)Begutachtung im Jahr 2013 bzw. 2014.

E. 7.1

Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.-- bis CHF 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf CHF 700.-- fest. Gemäss ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung einer Sache zu weiteren Abklärungen und zu neuem Entscheid für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (vgl. BGE 141 V 281 E.11.1, 137 V 210 E.7.1, 132 V 215 E.6.1). Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten somit der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

- 32 -

E. 7.2

Der Beschwerdeführer hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig durch die Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen

Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_519/2020 vom 6. Mai 2021 E.2.2, 9C_64/2019 vom 25. April 2019 E.4, 9C_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E.9.2, 9C_321/2018 vom

E. 7.3

Bei diesem Verfahrensausgang wird das beschwerdeführerische Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverteidigung gegenstandslos. III. Demnach erkennt das Gericht:

- 33 -

E. 7.7

% MWST). Da vorliegend eine Honorarvereinbarung über den angegebenen Stundenansatz im Recht liegt und die geltend gemachte Entschädigung von insgesamt CHF 2'798.25 angemessen erscheint, hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer in diesem Umfang aussergerichtlich zu entschädigen.

E. 8

Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 29. September 2022 auf Abweisung der Beschwerde und verwies dabei zur Begründung primär auf die angefochtene Verfügung vom 18. August 2022. Ausserdem hielt sie fest, dass ein wesentlich veränderter Gesundheitszustand nicht glaubhaft gemacht sei. Die (subjektiv geltend gemachten) funktionellen Auswirkungen der Rückenbeschwerden seien im Wesentlichen unverändert.

E. 9

März 2016 geschützt (vgl. Bg-act. 144 und 153). Insbesondere lagen dem Entscheid vom 25. Juli 2014 das vom Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und vom Bundesgericht als beweiskräftig erachtete IME-Gutachten vom 12. April 2013, die Ergänzung dazu vom 5. Februar 2014 sowie die Stellungnahmen des RAD-Arzt G. _____ vom 18. April 2013 und 12. Februar 2014 zugrunde.

E. 12

April 2013 was folgt (vgl. Bg-act. 54 S. 35): Rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10: M54.4, M51.3, M47.8)

- mehrsegmentalen Diskopathien und Spondylarthrosen ohne Hinweise auf Wurzelkompression oder segmentale Instabilität (MRI + Funktionsröntgen 10.2012) - muskuläre Dysbalance mit myofaszialer Schmerzkomponente - begleitender ausgeprägter Verhaltensproblematik (nicht IV relevant) Rheumatologische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Dysfunktionales Schmerz- und Krankheitsbewältigungsverhalten mit erheblicher Symptomausweitung 2. Idiopathische Sprue mit aktuell anhaltender Krankheitsmanifestation DD: atypisch verlaufende Zöliakie, ungenügend eingehaltene Zöliakie-Diät 3. Rezidivierendes zervikovertebrales Schmerzsyndrom - muskuläre Dysbalance 4. Anamnestisch rezidivierende Migräneanfälle aktuell wenig ausgeprägt 5. Chronischer Nikotinabusus 6. Lungenembolie unklarer Ätiologie 05/2004 Demgegenüber stellte Dr. med. C. _____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 29. August 2012 keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gab er einen Verdacht auf psychische und

Verhaltensstörungen durch Alkohol, Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F10.2), an (vgl. Bg-act. 54 S. 98).

- 10 - Gestützt auf die erhobene Anamnese, die klinischen und bildgebenden Befundungen sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse der EFL und der Vorgeschichte des Beschwerdeführers kam der Rheumatologe B._____ im IME-Gutachten vom 12. April 2013 zum Schluss, dass in der angestammten Tätigkeit als Strassenbauer bzw. Fugenmonteur eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer optimal adaptierten Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (vgl. Bg-act. 54 S. 50, S. 52, S. 55, S. 151 und S. 155). Demgegenüber gelangte Dr. med. C._____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 29. August 2012 zum Ergebnis, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit nicht eingeschränkt sei (vgl. Bg-act. 54 S. 106, S. 110 und S. 151). Zur Herleitung seiner Diagnosen hielt der Rheumatologe B._____ in seiner Beurteilung fest, in Bezug auf den Wirbelsäulenstatus habe sich in den wiederholten Untersuchungen ein Shift der Wirbelsäule nach links von ca. 1 - 2 cm gezeigt, wobei der Beschwerdeführer das rechte Bein jeweils deutlich entlastet habe. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei freigesen, jedoch habe der Beschwerdeführer leichte, endgradige Schmerzen in Bezug auf sämtliche Bewegungsrichtungen angegeben. Die dorsale und ventrale Nackenmuskulatur sei verspannt gewesen, jedoch nicht wesentlich druckdolent. Die Untersuchung der Lendenwirbelsäule sei aufgrund der Schmerzreaktion des Beschwerdeführers nur erschwert möglich gewesen. Der Finger-Boden-Abstand habe am 21. Juni 2012 40 cm und am 9. August 2012 70 cm betragen. Am 16. August 2012 sei aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers auf eine erneute Messung verzichtet worden. Die Flexion nach vorne sei jeweils durch stark stechende Schmerzen in der Lendenwirbelsäule limitiert worden. Die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sei insbesondere in Bezug auf die Flexion und Seitenneigung nach rechts aufgrund der Gegenspannung des Beschwerdeführers und bei gleichzeitig starker Schmerzangabe lumbal nicht abschliessend

- 11 - beurteilbar gewesen. Das Bewegungsausmass nach links und die Reklination seien ca. 1 - 2/3 eingeschränkt gewesen mit weniger starkem Gegenspannen. Am 9. August 2012 sei die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule wegen starkem Gegenspannen und verbaler Schmerzreaktion sowie aufgrund der Forderung des Beschwerdeführers, die Untersuchung nicht weiterzuführen, nicht überprüfbar gewesen. Auch am 16. August 2012 habe der Beschwerdeführer angegeben, an einer anhaltenden akuten "Blockade" zu leiden, weshalb auch an diesem Tag eine adäquate segmentale Untersuchung der Lendenwirbelsäule nicht möglich gewesen sei. Bei Palpation der Processi spinosi habe der Beschwerdeführer angegeben, Schmerzen im Bereich von LWK 5 mit punctum maximum L4 und 5 zu haben. Die Paravertebralmuskulatur lumbal und die Glutealmuskulatur seien verspannt gewesen. Palpatorisch habe sich jedoch nur ein isolierter Triggerpunkt in der rechten Glutealmuskulatur nachweisen lassen. Bei Kompression des Triggerpunktes hätten sich nach lateral und laterodistal ausstrahlende Schmerzen provozieren lassen, was als Hinweis für eine myofasziale Mitursache der in das rechte Bein ausstrahlenden Schmerzen gewertet werden könne. Die Beweglichkeit der Iliosakralgelenke und der Mennell-Test hätten sich aufgrund der Schmerzreaktion des Beschwerdeführers nicht adäquat überprüfen bzw. durchführen lassen (vgl. Bg-act. 54 S. 30 f. und S. 41 f.) Der Gelenkstatus betreffend die oberen Extremitäten sei im Wesentlichen unauffällig gewesen bei leichtem Knacken in beiden Glenohumeralgelenken als Hinweis für eine allenfalls beginnende

mässige degenerative Veränderung. Die Rotatorenmanschette sei beidseits unauffällig gewesen. Bei der Kraftprüfung habe der Beschwerdeführer jedoch starke Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule angegeben. Die Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenke seien beidseits unauffällig gewesen. Die Beschwielung im Bereich der Finger und der Hohlhände sei beidseits mässig gewesen, jedoch nicht völlig fehlend. Der Gelenkstatus betreffend die unteren Extremitäten sei ebenfalls im Wesentlichen unauffällig gewesen. Je-

- 12 - doch auch hier habe der Beschwerdeführer starke lumbale Schmerzen bei der Prüfung des Bewegungsausmasses im Bereich der Hüftgelenke angegeben bei gleichzeitigem Gegenspannen. Die Beinumfangs seien beidseits nicht signifikant unterschiedlich gewesen, weshalb kein Hinweis für eine Oberschenkel- oder Unterschenkelatrophie rechts bestehe (vgl. Bg-act. 54 S. 31 und S. 42). Im Neurostatus habe sich jeweils ein ausgeprägtes Schonhinken rechts gezeigt, akzentuiert am 9. August 2012 und 16. August 2012. In unbeobachtetem Zustand habe jeweils weiterhin ein hinkender Gang objektiviert werden können, jedoch deutlich weniger ausgeprägt als während der Untersuchungssituation. Der Fersen- und Zehengang sei jeweils beidseits behindert, jedoch knapp möglich gewesen bei gleichzeitiger Angabe von starken lumbalen Schmerzen. Betreffend Kraftprüfung sei die Kraft im Bereich der oberen Extremitäten unauffällig gewesen. Soweit beurteilbar, sei die Kraft im Bereich der unteren Extremitäten ebenfalls erhalten bei allerdings wiederholter Wechselinnervation und starker Schmerzangabe bei der Kraftprüfung. Der Reflexstatus sei symmetrisch unauffällig gewesen. Die Berührungssensibilität rechts sei im Bereich des lateralen Ober- und Unterschenkels mässig gestört sowie leicht vermindert im Bereich des medialen Oberschenkels. Am 21. Juni 2012 habe der Beschwerdeführer beim Slump-Test rechts ab 80 ° starke Schmerzen in der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in den lateralen proximalen Oberschenkel rechts angegeben, in Bezug auf die linke Seite habe er ab 90 ° starke Schmerzen in der Lendenwirbelsäule angegeben. Am 9. August 2012 habe der Beschwerdeführer beim Lasègue-Manöver rechts eine maximale Flexion von 40 ° zugelassen und habe dann deutlich gegen die Bewegungsrichtung gespannt bei gleichzeitiger Angabe von starken lumbalen Schmerzen ohne wesentliche Ausstrahlung in das rechte Bein. Beim Lasègue-Manöver links habe der Beschwerdeführer ein Bewegungsausmass von maximal 60 ° zugelassen und dann stark dagegen gespannt sowie starke lumbale Schmerzen und Beckenschmerzen angegeben. Beim Slump-Manöver sei

- 13 - bis zum Gegenspannen des Beschwerdeführers beidseits ein Bewegungsausmass von 70 ° möglich gewesen. Dies könne zumindest in Bezug auf die rechte Seite als Inkonsistenz gewertet werden. Anlässlich der Untersuchung vom 16. August 2012 habe der Beschwerdeführer eine erneute Prüfung des Slump- und Lasègue-Manövers verweigert, da diese Untersuchungen seine Beschwerden jeweils massiv verstärken würden. Ansonsten seien die Befunde im Neurostatus unverändert geblieben (vgl. Bg-act. 54 S. 31 f. und S. 42). Die aufgrund der anhaltenden starken Beschwerden mit rezidivierenden massiven Blockaden veranlassten konventionellen Funktionsaufnahmen und eine MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule hätten keine Hinweise auf eine segmentale Instabilität in diesem Bereich gezeigt. Im Rahmen der konventionellen Röntgenaufnahmen hätten eine leichte Höhenminderung L4/5, eine leichte linkskonvexe Schiefhaltung der Lendenwirbelsäule und im Seitenbild ein entsprechender Flachrücken nachgewiesen werden können. Im Rahmen der MRI-Untersuchung seien im Vergleich zur Voruntersuchung aus dem Jahr 2007

weitgehend stationäre Befunde beschrieben worden. Die Diskusprotrusion mit damals minimalster kleiner Hernie L2/3 habe sich eher etwas zurückgebildet. Die Degeneration der Bandscheiben sei stationär. Etwas deutlicher erkennbar sei ein Anulusriss linksseitig im Bereich der Bandscheibe L4/5, ebenfalls kleine juxtaartikuläre Facettenzysten. Zusammenfassend hätten somit im Verlauf seit 2007 keine sicheren Hinweise auf Wurzelkompressionen mehr nachgewiesen werden können. Bezüglich der Diskusprotrusion mit minimalster kleiner Hernie L2/3 in den Bildern aus dem Jahr 2007 habe sich eine Befundbesserung ergeben. Es würden mehrsegmentale Diskopathien und Spondylarthrosen persistieren (vgl. Bg-act. 54 S. 34 und S. 43). Im Rahmen der EFL-Untersuchung vom 16. August 2012 und 17. August 2012 habe ein auffälliges Verhalten des Beschwerdeführers dokumentiert werden können. Eine Beurteilung der effektiven Leistungsgrenze sei infolge Selbstlimitierung beim Test nicht möglich gewesen. Die Verhaltens-

- 14 - beobachtung und der Umgang mit Schmerz, Leistungsbereitschaft und Konsistenz hätten zusammenfassend die Bewertung "erhebliche Symptomausweitung" ergeben. Die maximal gezeigten Leistungen seien minimal gewesen und als arbeitsbezogene Problematik zeige sich zum jetzigen Zeitpunkt vor allem das Schonungs- und Schmerzverhalten des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer habe seine Leistung mit einer "akuten Blockade" begründet. Es sei unklar, ob sich seine Belastbarkeit bzw. seine Leistungsbereitschaft ohne akute Blockade wesentlich verändere. Neben der im Rahmen der EFL-Untersuchung detailliert dokumentierten Beschreibung der Schmerzen und Einschränkungen und des auffälligen Schmerz- und Leistungsverhaltens fänden sich sowohl in der aktuell klinisch-rheumatologischen Untersuchung als auch in den dokumentierten anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunden viele Hinweise auf eine ausgeprägte Verhaltensproblematik mit Inkonsistenzen und Selbstlimitierungen (vgl. Bg-act. 54 S. 36 und S. 43 f.). Betreffend Diagnosen bestehe aus rheumatologischer Sicht rein deskriptiv ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom. Hinweise auf ein lumboradikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom hätten sich in der aktuellen klinischen Untersuchung nicht ergeben. Dies passe auch zu den Befunden in der aktuell veranlassten MRI-Untersuchung. Wegen der ausgeprägten Verhaltenssymptomatik habe sich in der klinischen Untersuchung nur eine muskuläre Dysbalance mit verspannter paravertebraler Muskulatur lumbal und Druckdolenzen sowie isolierten muskulären Triggerpunkten in der rechten Glutealmuskulatur nachweisen lassen. Bei Druck auf diese Triggerpunkte hätten sich nach lateral und dorsolateral ausstrahlende Schmerzen provozieren lassen, weshalb zumindest ein Teil der vom Beschwerdeführer angegebenen ausstrahlenden Schmerzen myofaszialer Ursache sein könnten. In den vorliegenden bildgebenden Verfahren hätten sich mehrsegmentale Diskopathien von L2 - S1 nachweisen lassen, begleitend seien mässige Spondylarthrosen beschrieben worden. Im Verlauf sei die initial beschriebene Wurzelkompression der L5- und S1-Wurzeln

- 15 - nicht mehr beschrieben worden. Auch die Diskusprotrusion im Segment L2/3 habe sich eher zurückgebildet. Somit sei zusammenfassend von multisegmentalen degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule auszugehen. Jedoch sei es im Verlauf zu keiner wesentlichen Verschlimmerung der Befunde gekommen bei aktuell fehlenden radiologischen Hinweisen für eine Wurzelkompression oder eine segmentale Instabilität der Lendenwirbelsäule. Die in den aktuellen MRI-Aufnahmen beschriebenen kleinen Facettenzysten seien wahrscheinlich ohne klinische Bedeutung. Die Ursache der

subjektiv angegebenen rezidivierenden Blockadeepisoden könnten weder durch die Befunde der klinischen Untersuchung noch mit den neu veranlassten radiologischen Abklärungen der Lendenwirbelsäule erklärt werden. Bei Vorliegen einer gut dokumentierten erheblichen Symptomausweitung und der seit dem Jahr 1996 deutlich beschriebenen Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers sei davon auszugehen, dass die subjektiven Einschränkungen auch im Rahmen solcher Blockadeepisoden wohl weniger ausgeprägt seien als vom Beschwerdeführer geschildert (vgl. Bg-act. 54 S. 45 f.). Zusammenfassend fänden sich somit Befunde, welche Rückenbeschwerden erklären könnten. Das Ausmass der geschilderten Beschwerden und der subjektiven Einschränkungen lasse sich aus somatischer Sicht durch die erhobenen Befunde jedoch nicht mit genügendem Masse erklären. In diesem Zusammenhang bestünden deutliche Hinweise für eine Schmerzverarbeitungsproblematik bzw. eine Schmerzkrankheit bei chronifizierter Schmerzsituation und deutlich begleitender Verhaltensproblematik. Da in der aktuellen psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. C. _____ keine psychiatrische Diagnose mehr gestellt werden könne, lasse sich das anhaltend auffällige Verhalten des Beschwerdeführers auch nicht durch eine allfällige psychiatrische Komorbidität erklären (vgl. Bg-act. 54 S. 46). Die vom Beschwerdeführer beklagten diversen Gelenkschmerzen würden am Ehesten im Rahmen einer Tendenz zur generalisierten Schmerzkrankung beurteilt (vgl. Bg-act. 54 S. 46).

- 16 - Zur Arbeitsfähigkeit führte der Rheumatologe B. _____ aus, im Rahmen der EFL-Untersuchung vom 16. August 2012 und 17. August 2012 sei eine Beurteilung der effektiven Leistungsgrenze infolge Selbstlimitierung bei den Tests nicht möglich gewesen. Lokalisierte körperliche Limiten hätten aufgrund des Schmerzverhaltens des Beschwerdeführers nicht ermittelt werden können. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei dem Leistungstest gezeigt worden sei. Die Beurteilung des Leistungsvermögens des Beschwerdeführers müsse sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen stützen. Aufgrund der ausgeprägten Inkonsistenzen in den medizinischen Untersuchungen, den Widersprüchen in den anamnestischen Angaben sowie den eigenen Untersuchungsbefunden sei das Ausmass der vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden schwer abschätzbar und die daraus resultierenden Einschränkungen liessen sich nicht sicher nachvollziehen (vgl. Bg-act. 54 S. 49 f.). Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Strassenbauer wie auch in jener als Fugenmonteur zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit bestehe indessen eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Bei Bedarf sollte dabei die Körperposition zwischen stehender, gehender und sitzender Arbeitsposition gewechselt werden. Tätigkeiten, welche Zwangshaltungen der Wirbelsäule und Gewichtsbelastungen von über 10 kg bedingten, sollten vermieden werden. Dasselbe gelte für Tätigkeiten, die mit langen Gehstrecken und häufigem Treppensteigen verbunden seien. Zur Verringerung der Belastungen und zur Ermöglichung von Entlastungsphasen sollte das Arbeitspensum auf den Morgen und den Nachmittag verteilt werden (vgl. Bg-act. 54 S. 50, S. 52, S. 55, S. 151 und S. 155).

E. 15

März 2022 häufige und intensive Schübe im Bereich der Hände und der Wirbelsäule aus (vgl. Bf-act. 3). Im Gegensatz dazu wurden solche Schübe im Bereich der Hände vom Rheumatologen B. _____ im IME-Gutachten vom 12. April 2013 nicht beschrieben (vgl. Bg-act. 54 S. 30 ff. und S. 41 ff.), weshalb sie auch nicht in dessen Beurteilung der

Arbeitsfähigkeit eingeflossen sind. Zudem konnten die vom Beschwerdeführer beklagten rezidivierenden Blockaden im Bereich der Lendenwirbelsäule (vgl. Bg-act. 54 S. 25) durch den Rheumatologen B._____ nicht objektiviert werden. Dieser führte diesbezüglich im IME-Gutachten aus, die Ursache für die subjektiv angegebenen rezidivierenden Blockadeepisoden habe auch nach der klinischen Untersuchung und den veranlassten radiologischen Abklärungen der Lendenwirbelsäule nicht gefunden werden können (vgl. Bg-act. 54 S. 46). Immerhin erkannte er jedoch, dass sich das Vorliegen solcher rezidivierenden Blockadeepisoden auch ohne erkennbare Ursache aus rheumatologischer Sicht nicht sicher ausschliessen lasse (vgl. Bg-act. 54 S. 50). Sodann hielt der Rheumatologe B._____ nach Sichtung des Observationsmaterials in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 5. Februar 2014 zusammenfassend fest, kürzere Phasen mit deutlich vermehrter Schmerzsymptomatik und reduzierter körperlicher Aktivität seien möglich. Die vom Beschwerdeführer berichtete Anzahl und Dauer der Beeinträchtigung hätten im Rahmen der Observation jedoch nicht nachgewiesen werden können. Aufgrund der Videodokumentation werde aus rheumatologischer Sicht von einer grösseren zeitlichen Zumutbarkeit der Arbeitsfähigkeit bzw. von einer leicht grösseren gewichtsmässigen Zumutbarkeit der Belastungen in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen (vgl. Bg-act. 101 S. 3 f.). Demgegenüber konnte Dr. med. D._____ in seinem

- 30 - ärztlichen Zeugnis vom 15. März 2022 die beschriebenen häufigen und intensiven Schübe im Bereich der Wirbelsäule objektivieren, indem er sie (neben den degenerativen Veränderungen und muskulären Defiziten) auf die im Rahmen der Skelettszintigraphie vom Mai 2016 erhobenen entzündlichen Befunde zurückführt (vgl. Bg-act. 168 S. 3 und 174 S. 21). Diese Schübe bzw. die Schmerzepisoden haben sich denn auch – wie ausgeführt – seit dem Erlass der Verfügung vom 25. Juli 2014 sowohl in Bezug auf die Häufigkeit als auch betreffend die Intensität verstärkt, wobei Dr. med. H._____ von Schmerzangaben bis 10 nach der visuellen Analogskala berichtet und diese Verstärkung unter anderem mit der ausgewiesenen Zunahme der Aktivitätsanreicherung in den Iliosakralgelenken gemäss der Skelettszintigraphie vom April 2017 gegenüber derjenigen vom Mai 2016 begründet (vgl. Bg-act. 174 S. 20 f.). Soweit der RAD-Arzt G._____ im Rahmen seiner Beurteilung vom 4. August 2022 zum Schluss kommt, dass die von Dr. med. D._____ erwähnten Schübe im Bereich der Hände und der Wirbelsäule "alt bekannt" seien, kann auf das in Erwägung

E. 16

Oktober 2018 E.6.1, 9C_688/2009 vom 19. November 2009 E.3.1.1 f.). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers macht in seiner Honorarnote vom 4. Oktober 2022 ein Honorar von CHF 2'798.25 geltend (10.09 Stunden à CHF 250.-- zzgl. 3 % Spesenpauschale und

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