

GR_GERICHTE S 2017 85 vom 28. August 2018

GR Gerichte, 2018-08-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2017_85

FR: GR_GERICHTE S 2017 85 du 28 août 2018

IT: GR_GERICHTE S 2017 85 del 28 agosto 2018

Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG (IV-Rente) | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Am 25. September 2012 meldete sich A._____ erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Daraufhin fand am 18. Oktober 2012 eine Abklärung durch den Rheumatologen Dr. med. B._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst Ostschweiz (RAD) statt. In seinem Bericht vom 11. Dezember 2012 beschrieb Dr. med. B._____, dass seit der Behandlung mit Humira ab Mai 2012 die Gelenkschmerzen und Gelenkschwellungen weitgehend verschwunden seien. Dr. med. B._____ attestierte ab dem Zeitpunkt der RAD-Abklärung vom 18. Oktober 2012 eine Arbeitsfähigkeit von sechs Stunden pro Tag in einer adaptierten, leichten bis zeitweise mittelschweren körperlichen Tätigkeit mit Wechselbelastung ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule unter Einhaltung von Gelenkschutzmassnahmen. Für die Zeit davor müsse aufgrund der Aktenlage von einer generellen vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden.

- 3 -

E. 4

Vom 23. Januar bis zum 26. April 2013 fand eine EVAL Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit von A._____ statt. Mit Bericht vom 22. April 2013 wurde dazu ausgeführt, durch die Krankheit und die bescheidenen schulischen und sprachlichen Ressourcen seien die beruflichen Einsatzmöglichkeiten und die verwertbare Leistung stark eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit in der Lingerie sei bei einer ganztägigen Präsenzzeit eine Leistung von 20 % erbracht worden. In der Folge fand eine zweite RAD-Abklärung statt. Mit Bericht vom 22. Februar 2013 hielt Dr. med. B._____ dazu fest, die Befunde seien seit der vorherigen Abklärung unverändert. Es bestünden Hinweise auf Inkonsistenzen und Selbstlimitierung.

E. 5

Vom 5. bis 25. Juni 2013 wurde A._____ stationär in den Kliniken Valens behandelt. Am 3. Dezember 2013 fand eine dritte RAD-Abklärung statt, und am 18./19. Dezember 2013 wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) gemacht. Mit Bericht vom 21. Januar 2014 führte Dr. med. B._____ aus, bei der EFL seien Selbstlimitierung und eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt worden. Sowohl aufgrund der klinischen Untersuchung wie der EFL entspreche die Belastbarkeit im Wesentlichen einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit im Rahmen von 8 ½ h pro Tag, wobei eine Stunde zusätzliche Pausen notwendig seien, was eine Arbeitsfähigkeit von 85 % ab dem 19. Dezember 2013

erbe.

E. 6

Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens reichte A._____ ein Schreiben vom 27. März 2014 ein, in welchem der behandelnde Rheumatologe Dr. med. C._____ die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auf maximal 20 % einschätzte.

E. 7

Mit Verfügung vom 28. Oktober 2014 sprach die IV-Stelle A._____ gestützt auf die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. B._____ für die Zeit vom 1. No-

- 4 - vember 2011 bis zum 31. Oktober 2012 eine ganze Rente und für die Zeit vom 1. April 2013 bis zum 31. März 2014 eine Viertelsrente zu.

E. 8

Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde hiess das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit Urteil S 14 172 vom 3. November 2015 gut. Die angefochtene Verfügung wurde aufgehoben und die Angelegenheit wurde zur weiteren Abklärung und zum Neuentscheid an die IV-Stelle zurückgewiesen. In der Urteilsbegründung wurde ausgeführt, die Beurteilung des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____ wecke Zweifel an der Beurteilung des RAD-Arztes, so dass ergänzende, versicherungsexterne fachärztliche Abklärungen vorzunehmen seien. Das Gericht stützte sich dabei insbesondere auf die Berichte vom 15. Januar 2015 und vom 4. Mai 2015, in welchen der behandelnde Rheumatologe ausführlich begründet hatte, weshalb die Arbeitsfähigkeit aus seiner Sicht nur bei maximal 20 % liege.

E. 8.1

Bei Erlass der ersten - vom Beschwerdeführer im vorangehenden verwaltungsgerichtlichen Verfahren S 14 172 erfolgreich angefochtenen - Rentenverfügung vom 28. Oktober 2014 hatten folgende Berichte zur Verfügung gestanden: Bericht vom 11. Dezember 2012 zur ersten RAD-Abklärung von Dr. med. B._____, Facharzt FMH für Rheumatologie, Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation. Es lägen eine seronegative HLA-27 positive Spondylarthropathie, eine Gichtarthropathie und ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom vor. Klinisch bestehe Verdacht auf arthrotische Veränderungen der linken Schulter, des linken Ellbogengelenkes sowie der Gelenke im linken Mittelfuss. Unter der anfänglichen Behandlung mit nichtsteroidalen Rheumatika beziehungsweise Analgetica sei vorerst ein ungünstiger Verlauf mit immer wieder auftretenden entzündlichen Schüben in den betroffenen Gelenken zu verzeichnen gewesen. Seit der Behandlung mit Humira im Mai 2012 hätten die Gelenkschmerzen und die Gelenkschwellungen abgenommen. In einer leichten bis zeitweise mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung, ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule unter Einhaltung von Gelenkschutzmassnahmen bestehe seit dem 18. Oktober 2012 eine Arbeitsfähigkeit von 6 Stunden pro Tag bei leicht vermindertem Arbeitstempo (IV-act. 54). Bericht vom 22. Februar 2013 zur zweiten RAD-Abklärung von Dr. med. B._____. Die Befunde und Diagnosen seien unverändert. Der Beschwerdeführer zeige sich angepasst und vordergründig motiviert, an den Eingliederungsmassnahmen mitzumachen, nehme aber insgesamt eine eher passive Haltung ein und zeige sich nicht überzeugt, trotz der Krankheit wieder ins Erwerbsleben zurückkehren zu können. Es würden immer wieder verschiedene Symptome vorgeschoben, die seine Leistung auch in für ihn adaptierten Tätigkeiten

einschränken sollten. Die geltend gemachten Einschränkungen hätten aber

- 13 - nicht objektiviert werden können. Es bestünden Hinweise auf Inkonsistenzen und eine Tendenz zur Selbstlimitierung (IV-act. 66 S. 2). Bericht vom 22. April 2013 zur beruflichen Massnahme der EVAL Durch die Krankheit, die bescheidenen schulischen und sprachlichen Ressourcen seien die beruflichen Einsatzmöglichkeiten sowie die verwertbare Leistung stark eingeschränkt. Die Arbeitszeit von 6 Stunden gekoppelt mit dem vierstündigen Arbeitsweg habe das Belastungslimit gebildet. Dabei habe der Beschwerdeführer in der Lingerie in einer angepassten Tätigkeit eine Leistung von 20 % erbracht (IV-act. 69). Bericht vom 21. Januar 2014 zur dritten RAD-Abklärung inklusive Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) von Dr. med. B._____. Es bestünden Funktionseinschränkungen der Gelenke am rechten Zeigefinger, am linken Ellbogen, im linken Mittelfuss sowie im Bereich der MTP-Gelenke I beidseits. Bei der linken Schulter könne in der Zwischenzeit bei fehlenden objektivierbaren Befunden eine normale Belastbarkeit angenommen werden. Die Spondylarthropathie sei unter der aktuellen Behandlung mit Simponi nicht aktiv. Sowohl bei der klinischen Untersuchung als auch bei der EFL hätten sich Inkonsistenzen gezeigt. Die im Arbeitstraining im EVAL gezeigte Leistung von 20 % könne aus medizinischer Sicht nicht plausibel nachvollzogen werden. In adaptierter Tätigkeit bestehe ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung, mithin ab dem 19. Dezember 2013, eine Arbeitsfähigkeit von 85 %. Adaptiert sei eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung und ohne Zwangshaltungen des Rückens, sowie ohne Knien und Kriechen (IV-act. 98 und 99). Bericht vom 27. März 2014 des behandelnden Arztes Dr. med. C._____, Facharzt FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit in einem Nischenarbeitsplatz bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 20 %. Der Verlauf nach der EFL Testung vom 18./19. Dezember 2013 unterstreiche die Belastungsintoleranz. Nach der EFL sei es zu einer Aktivierung der Beschwerden in der rechten Hand, am linken Ellbogen und am rechten oberen Sprunggelenk gekommen (IV-act. 107 S. 3). Bericht vom 15. Januar 2015 des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____. Es komme immer wieder zu massiven Exazerbationen der Beschwerden im Bereich verschiedener Gelenkstationen. Der Verlauf der letzten vier Jahre, insbesondere der in den Sprechstunden nach der EVAL- und der EFL-Abklärung gesehene Verlauf, zeige die Zusammenhänge zwischen Belastung und Schubauslösung. Der Verlauf zeige auch, dass der Beschwerdeführer trotz ausgebauter Basistherapie einen sehr labilen Zustand habe, mit erheblicher Belastungsintoleranz, wechselhaftem Verlauf und anhaltend hohen Werten in der SCQM-Dokumentation. Bei einem hohen Risiko von entzündlichen Schüben bei

- 14 - vermehrter Belastung sehe er auf Dauer nur eine Arbeitsfähigkeit von 20 % (IV-act. 130 S. 10 ff.). Stellungnahme vom 15. April 2015 des RAD-Arztes Dr. med. B._____. Die im Bericht von Dr. med. C._____. vom 15. Januar 2015 aufgeführten Scores seien in Anbetracht der bei der RAD-Abklärung gezeigten Inkonsistenzen nicht aussagekräftig. Eine Person, die sich massiv selbstlimitiere, habe bei diesen Scores falsch hohe Werte. Auch die Beurteilung der EVAL basiere auf den vorgebrachten Beschwerden und bei Selbstlimitierung sei die gezeigte Leistung nicht konsistent (IV-act. 135). Stellungnahme vom 4. Mai 2015 des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____. Die in den Fragebögen zur Krankheitsaktivität (BASDAI) und zur Funktion im Alltag (BASFI) enthaltenen Fragen entsprächen einer Anamnese in schriftlicher Form, und die Anamnese sei eine wichtige Grundlage der medizinischen Einschätzung. Patienten mit entzündlich

rheumatischen Erkrankungen würden instruiert, übermässige Belastungen zu vermeiden. Fest stehe, dass der Beschwerdeführer vor der EFL unter der neu etablierten Behandlung mit Simponi unter gebesserten Verhältnissen gewesen sei, und dass die EFL zu einer Aktivierung geführt habe (IV-act. 141 S. 4). Bericht vom 6. April 2016 des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____ Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Neben dem vorbestehenden Mischbild einer seronegativen HLA-B27 positiven Spondarthropathie mit axialem und peripherem Befall und intermittierenden gichtarthropathischen Beschwerden bestehe nun auch eine im MRI vom 16. Februar 2016 neu entdeckte signifikante Stenosierung des Spinalkanals C5/6 > C4/5 sowie neuroforaminale Stenosen C6 und C7 (IV-act. 159).

E. 8.2

Im Nachgang des verwaltungsgerichtlichen Urteils S 14 172 vom 3. November 2015 holte die IV-Stelle bei D._____, Facharzt FMH für Rheumatologie und für Innere Medizin, ein rheumatologisches Gutachten ein. D._____ führte in seinem Gutachten vom 13. Juli 2016 aus, Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten eine Gichtarthropathie, eine HLA-B27 positive Spondarthropathie mit axialem und peripherem Befall, ein rezidivierendes zervicovertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine Polyarthrose. In einer angepassten, leichten, wechselbelastenden und aktuell vorwiegend sitzenden Tätigkeit bestehe eine 70 bis 80%ige Arbeitsfähigkeit ab spätestens Ende März 2016. Dazu erklärte der Gutachter, diese Beurteilung stütze sich primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen,

- 15 - weil die Resultate der EFL vom 31. März / 1. April 2016 infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz für die Beurteilung der Belastbarkeit nicht verwertbar gewesen seien. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD-Arzt Dr. med. B._____ sei nachvollziehbar, wobei ab dem Zeitpunkt der dritten RAD-Abklärung keine leichte bis mittelschwere Tätigkeit, sondern nur noch eine leichte Tätigkeit als adaptiert zu betrachten sei (IV-act. 164 S. 44 ff.).

E. 8.3

Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. C._____ kritisierte das Gutachten von D._____ mit Stellungnahme vom 27. Januar 2017 (IV-act. 172 S. 3 ff). Er machte geltend, bei den engmaschigen, rheumatologisch spezialärztlichen Kontrollen hätten sich keine längerdauernden Phasen einer gesamthaften Besserung gezeigt. Der Verlauf habe sich schubweise bezüglich einzelner betroffener Gelenkstationen gezeigt, insgesamt hätten jedoch bei jeder Konsultation Probleme und Folgeerscheinungen der rheumatologischen Erkrankung vorgelegen. Phasen ohne Gelenksentzündung, in welchen eine angepasste Tätigkeit zu 70 bis 80 % zumutbar gewesen wäre, hätten leider nicht beobachtet werden können. Zudem bestehe ein hohes Risiko für eine Verschlechterung bei vermehrter Belastung. Die Arbeitsfähigkeit liege nach wie vor bei maximal 20 %. 9. Die IV-Stelle legte die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das Gutachten von D._____ (IV-act. 164 S. 56) und gestützt auf die vom Gutachter retrospektiv bestätigte Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. B._____ (IV-act. 54 und 98) wie folgt fest: 72 % vom 18. Oktober 2012 bis zum 18. Dezember 2013, 85 % vom 19. Dezember 2013 bis zum 20. März 2016 und 75 % ab dem 21. März 2016. Dies ist, wie nachstehend gezeigt wird, nicht zu beanstanden.

E. 9

Der in der Folge von der IV-Stelle beauftragte rheumatologische Gutachter D._____, diagnostizierte in seinem Gutachten vom 13. Juli 2016 eine Gicht- arthropathie, eine HLB-B27 positive Spondarthropathie mit axialem und pe- ripherem Befall, ein rezidivierendes zervikovertebrales und lumbovertebra- les Schmerzsyndrom sowie eine Polyarthrose. Er attestierte dem Exploran- den in der angestammten Tätigkeit eine anhaltende vollständige Arbeitsun- fähigkeit und in einer angepassten, leichten, wechselbelastenden und ak- tuell vorwiegend sitzenden Tätigkeit eine 70 bis 80%ige Arbeitsfähigkeit ab dem Zeitpunkt der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung am 21. März 2016. Für die Zeit davor bestätigte er im Wesentlichen die Ein- schätzung der Arbeitsfähigkeit durch den RAD-Arzt Dr. med. B._____.

E. 9.1

Der Gutachter D._____ ist als Facharzt FMH für Rheumatologie und für Innere Medizin, als Inhaber des Fähigkeitsausweises für Manuelle Medizin der SAMM sowie als zertifizierter medizinischer Gutachter SIM für die gut- achterliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähig- keit des Beschwerdeführers qualifiziert. Nach der Rechtsprechung ist sei- nem Gutachten als Administrativgutachten volle Beweiskraft zuzuerken- nen, wenn es auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstattet wurde, wenn es bei der Erörte- rung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt und wenn nicht kon- krete Indizien gegen seine Zuverlässigkeit sprechen (vgl. vorne E.7). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Der Gutachter D._____ führte am 21. März 2016 eine ausführliche rheumatologische Befragung und Unter- suchung durch, deren Ergebnisse er im Gutachten in den Kapiteln „III. Vor- geschichte nach eigenen Angaben“ und „IV. Untersuchungsbefunde“ in übersichtlicher und differenzierter Weise festhielt (IV-act. 164 S. 1 und S. 31 ff.). Zudem liess er eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchführen und konnte bei der Beurteilung auch auf deren Ergeb- nisse abstellen (IV-act. 164 S. 45 f. sowie IV-act. 165). Der Gutachter hatte sodann Einsicht in alle relevanten Vorakten, welche er im Kapitel „II. Akte- nauszug“ auflistete und in den wesentlichen Punkten zitierte (IV-act. 164 S. 2 ff.). Er verschaffte sich einen vollständigen Überblick über die Resultate der diversen bildgebenden Abklärungen seit Juni 2006 (IV-act. 164 S. 36 ff.) und berücksichtigte dabei insbesondere auch die im MRI vom 16. Fe- bruar 2016 festgestellte Stenosierung des Spinalkanals C5/6>C4/5 sowie die neuroforaminalen Stenosen C6 und C7 (IV-act. 164 S. 40). Die Labor- befunde listete er für die Zeit ab August 2009 in übersichtlicher Weise auf (IV-act. 164 S. 41 ff.). Damit verfügte der Gutachter über ausreichende Grundlagen für die Diagnosestellung und die Beurteilung der Arbeitsfähig- keit des Beschwerdeführers in einer leidensadaptierten Tätigkeit. Dass er zu schlüssigen Ergebnissen gelangte und dass keine konkreten Indizien

- 17 - gegen die Zuverlässigkeit seines Gutachtens sprechen, wird nachstehend im Detail aufgezeigt.

E. 9.2

Als rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte der Gutachter eine Gichtarthropathie, eine HLA-B27 positive Spon- darthropathie mit axialem und peripherem Befall, ein rezidivierendes zer- vicovertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom sowie eine Polyar- throse. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit führte er eine Dyslipidämie, den Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, eine akuten- mässig wiederholt diabetische Stoffwechsellage und eine Adipositas auf (IV-act. 164 S. 44). Diese Diagnosen decken sich im Wesentlichen mit den- jenigen des RAD-Arztes Dr. med. B._____ (Berichte vom 11. Dezember 2012 [IV-act. 54 S. 5], vom 22. Februar 2013 [IV-act. 66 S. 2] und vom 21. Januar 2014 [IV-act. 98 S.7]). Die vom Gutachter gestellten Diagnosen de- cken sich sodann im Wesentlichen auch mit den Diagnosen, welche in den Kliniken Valens (Austrittsbericht vom 16. Juli 2013 [IV-act. 89 S. 9]), von Dr. med. E._____ (Bericht vom 22. November 2011 [IV-act. 24 S. 1]) und vom behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____ (Bericht vom 6. April 2016 [IV-act. 159 S. 1]) gestellt wurden. Entsprechend kritisierte Dr. med. C._____ in seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2017 die vom Gutachter gestellten Diagnosen denn auch nicht (IV-act. 172 S. 3).

E. 9.3

Der Gutachter berücksichtigte bei seiner Beurteilung die Ergebnisse einer EFL, einem in der Schweiz breit anerkannten Assessmentsystem zur Be- urteilung der arbeitsbezogenen physischen Belastbarkeit, welches ein Set von arbeitsnahen physischen Tests sowie eine standardisierte Befragung zu den Symptomen, zur Selbstbeurteilung der eigenen Leistungsfähigkeit und zur bisherigen Arbeit beinhaltet (www.sar-reha.ch/interessen-gemeinschaften/ig-ergonomie/efl.html, zuletzt besucht am 29. Juni 2018). Die EFL wurde am 31. März und am 1. April 2016 von einer diplomierten Physiotherapeutin und bei der SAR akkreditierten Ergonomin, mithin einer

- 18 - dafür qualifizierten Person, durchgeführt (Liste der EFL-Lizenznehmer auf der Webseite der SAR). Als arbeitsrelevante Probleme zeigten sich eine verminderte Beweglichkeit und eine verminderte Belastungstoleranz im lin- ken Knie, im rechten Fuss, im linken Ellbogen und in einzelnen Fingern. Am zweiten Testtag konnte der Beschwerdeführer das rechte Bein nicht belasten und setzte für die Fortbewegung zwei Unterarmstützen ein. Im Vordergrund standen die Schmerzen, welche den Beschwerdeführer vor dem Erreichen von physischen muskulären Limiten einschränkten (IV-act. 165 S. 2). Der standardisierte Test zur Beurteilung möglicher Motivations- defizite ergab eine erhebliche Symptomausweitung. Die Therapeutin beur- teilte die Art, wie der Beschwerdeführer Schmerz und Einschränkungen be- schrieb, als undifferenziert, sein Schmerzverhalten als nicht adäquat und das Leistungsverhalten als schlecht. Die Konsistenz war aus Sicht der The- rapeutin ebenfalls schlecht. Es bestand eine Diskrepanz zwischen dem Fehlen einer relevanten klinischen Problematik im Bereich Hand/Vorder- arm und der unter der Norm liegenden Handkraft. Diskrepanz waren auch das Ausmass der angegebenen Einschränkungen im Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit (PACT-Test) und die beobach- teten funktionellen Fähigkeiten. Nicht konsistent waren schliesslich die Er- gebnisse der Tests „Handkraft“ und „Tragen einhändig“, und beim Test „Handkraft“ zeigte sich nicht die zu erwartende Glockenkurve (IV-act. 165 S. 5). Es kann somit festgehalten werden, dass diese EFL-Abklärung vollständig, sorgfältig und schlüssig ist, so dass sie als aussagekräftige Grundlage für das Gutachten von D._____ zu werten ist.

E. 9.4

Der Gutachter ging zu Recht davon aus, dass es bereits bei früheren Un- tersuchungen Anzeichen für Selbstlimitierung und Symptomausweitung gegeben hatte. So hatte der RAD-Arzt Dr. med. B._____ in seinem Bericht vom 22. Februar 2013 zur zweiten

RAD-Abklärung mit Bezug auf die EVAL- Abklärung vom 23. Januar bis zum 26. April 2013 darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer immer wieder verschiedene Symptome vorge-

- 19 - schoben habe, die seine Leistung angeblich auch in für ihn adaptierten Tätigkeiten einschränkten, ohne dass die geltend gemachten Einschränkungen hätten objektiviert werden können, und dass Hinweise auf Inkonsistenzen und eine Tendenz zur Selbstlimitierung bestehe (IV-act. 164 S. 48, 66 S. 2). Auch anlässlich der dritten RAD-Abklärung hatten sich gemäss dem Bericht von Dr. med. B. _____ vom 21. Januar 2014 in der klinischen Untersuchung gewisse Inkonsistenzen im Bereich der Beweglichkeit der linken Schulter und des linken Handgelenks gezeigt, und die am 18./19. Dezember 2013 durchgeführte EFL hatte Hinweise für eine erhebliche Symptomausweitung und für Selbstlimitierung ergeben (IV-act. 164 S. 48, 98 S. 8). Der Gutachter stellte im Rahmen seiner Untersuchung des Beschwerdeführers ebenfalls Inkonsistenzen fest. So zeigte der Beschwerdeführer während der klinischen Untersuchung teilweise stark auffallende, als nicht adäquat imponierende Schmerzreaktionen (IV-act. 164 S. 34). Den Matthias-Tests zum Nachweis einer allfälligen Haltungsinsuffizienz brach der Beschwerdeführer wegen Schweregefühl in beiden Armen ab, was für den Gutachter rheumatologisch nicht nachvollziehbar war (IV-act. S. 164 S. 34). Und schliesslich zeigte der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation ein starkes Schonhinken, im subjektiv unbeobachteten Zustand hingegen nur ein leichtes bis mässiggradiges Schonhinken und eine deutlich schnellere Gehgeschwindigkeit (IV-act. 164 S. 35 f.).

E. 9.5

Gestützt auf die in den vorstehenden Erwägungen geschilderten Hinweise für eine Symptomausweitung kam der Gutachter D. _____ in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer, entgegen der Ansicht von Dr. med. C. _____, nicht nur ein medizinisch angebrachtes, belastungssensibles Verhalten, sondern eine Selbstlimitierung vorliege. Zu Recht wies der Gutachter in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Beschwerdeführer ein selbstlimitierendes Verhalten gezeigt habe, unab-

- 20 - hängig davon, ob akute Gelenksentzündungen vorgelegen hätten (wie anlässlich der EFL vom 31. März / 1. April 2016) oder nicht (wie anlässlich der EFL vom 18./19. Dezember 2013; IV-act. 164 S. 48 f.). Zu überzeugen vermögen auch die Ausführungen des Gutachters, dass neben den objektiverbaren somatischen Befunden und Beschwerden nicht IV-relevante verhaltensbeeinflussende Faktoren vorlägen. Es bestehe ein Migrantenstatus mit Trennung von den Kindern seit dem Kindesalter und eine ungenügende sprachliche Integration mit nur schlechten Deutschkenntnissen trotz Aufenthalt in der Schweiz seit den 1980er Jahren. Die Chancen des Exploranden, auf dem Arbeitsmarkt eine Stelle zu finden, seien wegen den krankheitsbedingten Einschränkungen und der geringen schulischen und sprachlichen Qualifikation nur gering. All diese Faktoren beeinflussten das Verhalten von Exploranden, welche sich in versicherungsmedizinischen Abklärungen befänden, erfahrungsgemäss häufig. Typisch sei diesbezüglich auch, dass diese Verhaltensauffälligkeiten bei den behandelnden Ärzten weniger deutlich zum Ausdruck kämen als im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Abklärung (IV-act. 164 S. 55).

E. 9.6

D._____ nahm in seinem Gutachten sodann in überzeugender Weise Stellung zu früheren, abweichenden medizinischen Einschätzungen.

E. 9.6.1

Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter stimmt mit derjenigen des RAD-Arztes Dr. med. B._____ weitgehend überein (IV-act. 164 S. 56). Eine Abweichung besteht einzig in Bezug auf den die Arbeitsfähigkeitseinschätzung betreffenden Zeitraum vom 19. Dezember 2013 bis zum 20. März 2016. In seinem Bericht vom 21. Januar 2014 (IV-act. 98) hatte Dr. med. B._____ dem Beschwerdeführer ab dem 19. Dezember 2013 eine Arbeitsfähigkeit von 85 % in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit attestiert. Diese Einschätzung bestätigte der Gutachter zwar bezüglich des zumutbaren Arbeitspensums von 85 %, bezeichnete aber nur eine körperlich leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit und nicht auch eine

- 21 - mittelschwere Tätigkeit als adaptiert. Dies vermag zu überzeugen, führte der Gutachter doch in nachvollziehbarer Weise aus, dass die von Dr. med. B._____ als zumutbar angesehene Belastbarkeit im Sinne einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit nicht als realistisch beurteilt werden könne. Dies aufgrund der Symptomatik und der Beschwerden anlässlich seiner Untersuchung und angesichts der in den Berichten dokumentierten wiederholten Arthritiden trotz einer intensiven immunsuppressiven Therapie und insbesondere aufgrund der Angabe des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____, dass durch die körperlichen Belastungen während der Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit in der EVAL vom 23. Januar bis zum 26. April 2013 und während der EFL vom 18./19. Dezember 2013 eine Zunahme der Gelenk- und auch der periartikulären Sehnenbeschwerden festgestellt worden sei (IV-act. 164 S. 54 ff.).

E. 9.6.2

Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. C._____ hatte dem Beschwerdeführer konstant eine maximal 20%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Berichte vom 27. März 2014 [IV-act. 107 S. 3], vom 15. Januar 2015 [IV-act. 130 S. 10 ff.] und vom 4. Mai 2015 [141 S. 4]). Dazu nahm D._____ in seinem Gutachten wie folgt Stellung: Dr. med. C._____ orientiere sich an der anlässlich der EVAL-Abklärung festgestellten Leistungsfähigkeit von 20 %. Diese massive Leistungsminderung sowie die subjektiven Einschätzungen erschienen durch die nun eindeutig nachgewiesene Verhaltensproblematik im Sinne einer ausgeprägten Symptomausweitung mit ausgeprägter Selbstlimitierung negativ beeinflusst. Ohne diese Verhaltensproblematik sei von einer deutlich höheren Leistung beziehungsweise Leistungsfähigkeit auszugehen. Dr. med. C._____ habe die Symptomausweitung und Selbstlimitierung sehr wahrscheinlich nicht berücksichtigt, dies allenfalls deshalb, weil sich der Beschwerdeführer in seiner Sprechstunde nicht derartig ausgeprägt verhalten habe. Auch die von Dr. med. C._____ aufgeführten hohen Werte in den BASDAI- und BASFI-Fragebögen zur Erfassung der Entzündungs- und Krankheitsaktivität seien aufgrund der vom Be-

- 22 - schwerdeführer gezeigten Verhaltensproblematik zu hinterfragen und bildeten mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht den effektiven Zustand ab (IV-act. 164 S. 57). Diese gutachterliche Beurteilung ist nachvollziehbar. Allem Anschein nach hatte Dr. med. C._____ seinen Fokus, seiner Rolle als behandelnder Arzt entsprechend, auf die optimale Behandlung ausgerichtet und ging dabei vertrauensvoll davon aus, dass der Beschwerdeführer seine Symptome nicht modulierte und dass er bei der Abklärung der

Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit in der EVAL vom 23. Januar bis zum 26. April 2013 seine Möglichkeiten effektiv ausgeschöpft hatte. Bezeichnenderweise äusserte sich Dr. med. C._____ denn auch nie zu den festgestellten Inkonsistenzen, obwohl er, wie dies aus seinem Bericht vom 15. Januar 2015 hervorgeht (IV-act. 130 S. 10), den Bericht vom 21. Januar 2014 kannte, in welchem der RAD-Arzt Dr. med. B._____ auf die bei der EFL vom 18./19. Dezember 2013 festgestellte Selbstimitierung und erhebliche Symptomausweitung hingewiesen hatte (IV-act 98 S. 8). D._____ hingegen war in seiner Rolle als Gutachter und aufgrund seiner Qualifikation als zertifizierter medizinischer Gutachter SIM darauf ausgerichtet, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers objektiv einzuschätzen und allfällige Inkonsistenzen festzustellen. Vor diesem Hintergrund hat die IV-Stelle der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. C._____ zu Recht eine geringere Beweiskraft beigemessen als derjenigen durch den Gutachter, ist es doch nach der Rechtsprechung wegen der unterschiedlichen Natur des Behandlungsauftrags des therapeutisch tätigen Facharztes und des Begutachtungsauftrags des amtlich bestellten medizinischen Experten nicht geboten, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und weitere Abklärungen vorzunehmen, wenn der behandelnde Arzt zu anderslautenden Einschätzungen gelangt (Urteile des Bundesgerichts 8C_260/2011 vom 25. Juli 2011 E.5.2 und 8C_567/2010 vom 19. November 2010 E.3.2.2).

- 23 -

E. 9.7

In seiner Stellungnahme vom 27. Januar 2017 (IV-act. 172 S. 3 ff.) kritisierte der behandelnde Rheumatologe Dr. med. C._____ das Gutachten von D._____. Allerdings äusserte sich Dr. med. C._____ auch in dieser Stellungnahme nicht zu den festgestellten Inkonsistenzen, obwohl diese bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gutachten - wie gezeigt zu Recht - eine zentrale Rolle spielten. Stattdessen machte Dr. med. C._____ geltend, er betreue den Beschwerdeführer seit August 2010. Bei den engmaschigen Kontrollen habe sich jeweils ein sehr wechselhaftes Bild bezüglich der betroffenen und klinisch objektivierbaren Regionen des Bewegungsapparats und Gelenkstationen gezeigt. Es hätten sich bei den engmaschigen rheumatologischen Kontrollen keine längerdauernden Phasen einer Bes- serung insgesamt gezeigt. Der Verlauf habe sich schubweise bezüglich einzelner betroffener Gelenkstationen gezeigt, von absolut beschwerde- und entzündungsfreien Phasen könne er leider nicht berichten. Phasen ohne Gelenkentzündung, in welchen eine angepasste Tätigkeit zu 70 bis 80 % zumutbar gewesen wäre, habe er leider nicht beobachten können. Diese Kritik vermag das Gutachten von D._____ in seiner Beweiskraft in- dessen nicht zu erschüttern. Zwar führte der Gutachter bei der Herleitung und Begründung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unter ande- rem aus, dass ein schubartiger Krankheitsverlauf vorliege, mit wiederholten längeren Phasen ohne Entzündungsschübe, und dass bei Vorliegen von akuten Arthritiden zumindest vorübergehend jeweils von einer vollständi- gen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei, während in den Phasen ohne Ge- lenkentzündung in einer angepassten Tätigkeit ein zirka 70 bis 80%-Pen- sum zumutbar sei (IV-act. 164 S. 54). Bei der abschliessenden Beantwor- tung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätig- keit verzichtete der Gutachter indessen auf die Differenzierung zwischen Phasen mit und ohne Entzündungsaktivität in den Gelenken und gab an, aus rheumatologischer Sicht bestehe in einer angepassten leichten wech- selbelastenden, aktuell vorwiegend sitzenden Tätigkeit eine 70 bis 80%ige Arbeitsfähigkeit. In einer solchen Tätigkeit sollten keine Tätigkeiten

vor-

- 24 - kommen, welche wiederholte Gewichtsbelastungen über 10 kg oder einen wiederholten Krafteinsatz im Bereiche von Gelenken beinhalten würden. Der Beschwerdeführer dürfe keinen Vibrationen und keiner Kälte ausgesetzt sein. Weiter sollten keine Tätigkeiten in längerdauernder kniender oder kriechender Körperhaltung vorkommen, keine Tätigkeiten, welche eine Zwangshaltung in der Wirbelsäule, insbesondere in der Halswirbelsäule bedingen würden, und keine Tätigkeiten mit ausgeprägten feinmotorischen oder koordinativen Anforderungen an die Hände (IV-act. 164 S. 55 f.). Diese Umschreibungen der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter stehen bei genauerem Hinsehen indessen nicht im Widerspruch. Vielmehr berücksichtigte der Gutachter die Tatsache, dass beim Beschwerdeführer phasenweise in verschiedenen Gelenken Entzündungsschübe auftreten, durch die Umschreibung eines Zumutbarkeitsprofils, bei welchem sich diese Schübe aufgrund der sehr geringen körperlichen Anforderungen und der Möglichkeit einer maximalen Gelenkschonung in der Regel nicht wesentlich beeinträchtigend auswirken. Während Dr. med. C._____ zu Unrecht annahm, dass jeder Entzündungsschub die Arbeitsfähigkeit massiv beeinträchtigt, ging der Gutachter in überzeugender Weise davon aus, dass die adaptierte Tätigkeit auch dann zumutbar ist, wenn der Beschwerdeführer zwar unter einem Entzündungsschub leidet, dieser aber ein Gelenk betrifft, welches bei der adaptierten Tätigkeit kaum belastet wird, was insbesondere auf die Gelenke der unteren Extremitäten zutrifft.

E. 9.8

Der Beschwerdeführer wendet seinerseits ein, der Gutachter habe ihn nur ein paar wenige Stunden gesehen, Dr. med. C._____ hingegen betreue ihn seit August 2010. Die Beobachtungen des Gutachters seien deshalb punktuell beschränkt, während die Beobachtungen von Dr. med. C._____ eine verwertbare langfristige Periode beträfen. Dieser Einwand ist unbegründet. Der Gutachter befragte und untersuchte den Beschwerdeführer ausführlich in allen relevanten Aspekten, aus den zahlreichen Berichten der voruntersuchenden und behandelnden Ärzte hatte er ein präzises Bild des Krank-

- 25 - heitsverlaufs und aufgrund der zweitägigen EFL standen ihm zudem die Ergebnisse anerkannter standardisierter Tests zur Verfügung. Damit verfügte der Gutachter über ausreichende Grundlagen für die sachgerechte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (vgl. vorne E.9.1). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers trifft es sodann nicht zu, dass die Aussagekraft einer ärztlichen Beurteilung bei längerer Behandlungs- oder Untersuchungsdauer immer grundsätzlich grösser ist. Nach der Rechtsprechung hängt es vielmehr von der Fragestellung und dem zu beurteilenden Beschwerdebild ab, wie viel Aufwand im Einzelfall zu betreiben ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E.5.1). Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1). Das Gutachten von D._____ erfüllt diese Voraussetzungen, es ist, wie gezeigt, vollständig, nachvollziehbar und schlüssig. Zu diesem Schluss gelangte denn auch die RAD-Ärztin F._____, welche in ihrem Abschlussbericht vom 29. August 2016 ausführte, dass das Gutachten von D._____ in seiner Darstellung objektiv, neutral und schlüssig sei (IV-act. 173 S. 4).

E. 9.9

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die IV-Stelle dem Gutachten von D._____ zu Recht volle Beweiskraft beigemessen hat. Ausgehend von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten, körperlich leichten, wechselbelastenden, und aktuell vorwiegend sitzenden Tätigkeit (vgl. IV-act. 164 S. 55 f.) ging die IV-Stelle deshalb für den Zeitraum vom 18. Oktober 2012 bis zum

E. 10

Mit Vorbescheid vom 13. Dezember 2016 informierte die IV-Stelle A._____, sie beabsichtige, ihm vom 1. November 2011 bis zum 31. Oktober 2012 eine ganze Rente und vom 1. April 2013 bis zum 31. März 2014 eine Vier-

- 5 - teltrente zuzusprechen, ab dem 1. April 2014 bestehe kein Rentenanspruch mehr. Mit Einwand vom 27. Januar 2017 beantragte A._____ die Zusprechung einer ganzen Rente ab dem 1. November 2011. Er stützte sich dabei auf den Bericht des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____ vom 27. Januar 2017, wonach auf Dauer keine höhere Arbeitsfähigkeit als 20 % bestehe. Leider hätten keine Phasen ohne Gelenkentzündung beobachtet werden können, in welchen eine angepasste Tätigkeit zu 70 bis 80 % zumutbar gewesen wäre.

E. 10.1

Die IV-Stelle ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem gemäss Art. 7 ATSG massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwertbar sei. Als behinderungsgeeignete Einsatzmöglichkeiten nannte sie leichte Maschinenbedienung, Kontrollfunktionen, leichte Sortierarbeiten, Prüf- und Verpackungsarbeiten sowie leichte Arbeiten im Bereich der zum Teil maschinell unterstützten Lager- und Ersatzteilbewirtschaftung. Dies ist korrekt und wird vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht beanstandet.

E. 10.2

Die IV-Stelle stützte sich bei der Ermittlung des Invalideneinkommens für das Vergleichsjahr 2016 auf die vom Bundesamt für Statistik herausgebene Lohnstrukturerhebung (LSE 2012, Tabelle TA 1, Total, Männer, Kompetenzniveau 1 [vormals Anforderungsniveau 4]) und berücksichtigte dabei einen Leidensabzug von 10 %. Diese Bemessung des Invalideneinkommens wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet.

E. 10.3

Gemäss Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) ist eine Veränderung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Diese Bestimmung setzte die IV-Stelle in korrekter Weise um, indem sie die gutachterlich per 18. Oktober 2012 festgelegte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 72 % beim Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2013, die per 19. Dezember 2013 festgelegte Verbesserung von 72 auf 85 % ab dem 1. April 2014 und die per

- 27 -

E. 10.4

Für die Zeit vom 1. Januar 2013 bis zum 31. März 2014 ermittelte die IV-Stelle ausgehend von der 72%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vom 18. Oktober 2012 bis zum

18. Dezember 2013 ein Invalideneinkommen von Fr. 43'732.35. Im Verhältnis zum unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 73'521.75 ergab sich ein Invaliditätsgrad von 40.52 %, gerundet mithin ein solcher von 41 % (zur Rundung BGE 130 V 121 E.3; vgl. angefochtene Verfügung lit. f S. 6). Diese Berechnung beanstandet der Beschwerdeführer zu Recht nicht. Den entsprechenden Anspruch auf eine Viertelsrente erkannte die IV-Stelle dem Beschwerdeführer korrekterweise für den Zeitraum vom 1. April 2013 bis zum 31. März 2014 zu. Während der Monate Januar bis März 2013 bezog der Beschwerdeführer Taggelder der Invalidenversicherung, so dass er für diesen Zeitraum keinen Rentenanspruch hat (vgl. vorne E.2).

E. 10.5

Für die Zeit vom 1. April 2014 bis zum 31. Mai 2016 ergibt sich ausgehend von der 85%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vom 19. Dezember 2013 bis zum 20. März 2016 ein Invalideneinkommen von Fr. 51'628.45, womit im Vergleich zum Valideneinkommen ein rentenaus-schliessender Invaliditätsgrad von 29.78 % beziehungsweise gerundet 30 % resultiert. Für diese Phase hat die IV-Stelle dem Beschwerdeführer somit zu Recht keine Rente zugesprochen.

E. 10.6

Für die Zeit ab dem 1. Juni 2016 errechnete die IV-Stelle ausgehend von der 75%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab dem 21. März 2016 ein Invalideneinkommen von Fr. 45'554.53 und einen Invaliditätsgrad von 38.04 % beziehungsweise gerundet 38 %. Diese Berechnung ist korrekt, so dass die IV-Stelle dem Beschwerdeführer für die Zeit ab dem 1. Juni 2016 zu Recht keine Rente zugesprochen hat.

- 28 -

E. 10.7

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die IV-Stelle dem Beschwerdeführer zu Recht vom 1. April 2013 bis 31. März 2014 eine Viertelsrente zugesprochen und ab dem 1. April 2014 einen Rentenanspruch verneint hat. 11. Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtmässig und die Beschwerde ist abzuweisen. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1000.-- festgelegt. Vorliegend werden die Kosten auf Fr. 700.-- festgesetzt. Diese Kosten hat der unterliegende Beschwerdeführer zu übernehmen (Art. 73 Abs. 1 VRG). Der obsiegenden IV-Stelle steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demnach erkennt das Gericht:

E. 11

Mit Verfügung vom 2. Mai 2017 hielt die IV-Stelle an ihrem Vorbescheid fest. Es könne auf das Gutachten von D._____ und auf die Berichte des RAD-Arztes Dr. med. B._____ abgestellt werden. Die Berichte von Dr. med. C._____ vermöchten das Gutachten nicht derart zu erschüttern, dass davon abzuweichen wäre.

E. 12

Gegen diese Verfügung erhob A._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer) am 6. Juni 2017 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Er beantragte, die angefochtene Verfügung, der Vorbescheid vom 13. Dezember 2016 und die Rentenverfügung vom 28. Oktober 2014 seien aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente ab dem 1. November 2011 zuzusprechen. Zur Begründung machte der Beschwerdeführer geltend, die Argumente von Dr. med. C._____ in seinen verschiedenen Arztberichten, insbesondere im Bericht vom 27. Januar 2017, seien stichhaltig, die IV-Stelle vermöge sie nicht zu entkräften. Die über Jahre hinweg beobachtete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Arzt sei den punktuellen Feststellungen des Gutachters vorzuziehen.

E. 13

Dezember 2016. Gemäss Art. 57a IVG dienen Vorbescheide in invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren dazu, den versicherten Personen das rechtliche Gehör zu verschaffen, indem sie vor dem Erlass einer förmlichen Verfügung zur Sache Stellung nehmen können. Vorbescheide haben dementsprechend keine rechtsgestaltende Wirkung und stellen keine Verfügungen im Sinne von Art. 49 ATSG beziehungsweise von Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG; SR 172.021) dar.

- 7 - Entsprechend sind Vorbescheide gemäss Art. 56 ATSG nicht mit Beschwerde anfechtbar. Vorliegend ist deshalb auf den Antrag auf Aufhebung des Vorbescheids vom 13. Dezember 2016 nicht einzutreten. 1.3. Ebenfalls nicht einzutreten ist auf den Antrag des Beschwerdeführers auf Aufhebung der Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 28. Oktober 2014. Mit dieser Verfügung hatte die IV-Stelle erstmals über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers entschieden. Diese Verfügung existiert indessen nicht mehr, sie wurde vom Verwaltungsgericht mit Urteil S 14 172 vom 3. November 2015 aufgehoben. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2017 auf eine irreführende Weise Bezug nahm auf die Verfügung vom 28. Oktober 2014. Die IV-Stelle führte nämlich aus, die Rentenverfügung vom 28. Oktober 2014 sei nicht zu beanstanden und nicht zu ersetzen. Korrekterweise hätte die IV-Stelle deutlich machen müssen, dass die Verfügung vom 2. Mai 2017 inhaltlich zwar derjenigen vom 28. Oktober 2014 entspreche, dass der Rentenanspruch des Beschwerdeführers aber ausschliesslich durch die neue Verfügung vom 2. Mai 2017 bestimmt werde. 1.4. Der Beschwerdeführer beantragt die Zusprechung einer ganzen Rente ab dem 1. November 2011. Weil ihm aber mit der angefochtenen Verfügung vom 2. Mai 2017 für den Zeitraum vom 1. November 2011 bis zum 31. Oktober 2012 eine ganze Rente zugesprochen wurde, fehlt ihm in Bezug auf den Rentenanspruch für diesen Zeitraum ein schutzwürdiges Interesse an der Aufhebung oder Änderung der angefochtenen Verfügung (Art. 59 ATSG), so dass auch in dieser Hinsicht nicht auf die Beschwerde einzutreten ist. 2. Gemäss Art. 43 Abs. 2 IVG besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn die Anspruchsvoraussetzungen für ein Taggeld

- 8 - der Invalidenversicherung erfüllt sind. Vorliegend bezog der Beschwerdeführer Taggelder der Invalidenversicherung vom 8. Oktober 2012 bis zum 26. April 2013, nämlich während der Wartezeit vor der Abklärung der Eingliederungs- und Arbeitsfähigkeit der EVAL vom 8. Oktober 2012 bis zum 22. Januar 2013 (Verfügungen vom 18. Februar 2013 [IV-act. 65] und vom 4. Juli 2013 [IV-act. 80]) und während der Abklärung vom 23. Januar 2013 bis zum 26. April 2013 (Verfügung vom 24. Januar 2013 [IV-act. 64]). Der Rentenanspruch konnte erst nach dieser Phase des Taggeldbezugs am 27. April 2013 wieder

entstehen. Die Ausrichtung einer Rente ist deshalb gemäss Art. 29 Abs. 3 IVG ab dem 1. April 2013 wieder möglich. Für den Zeitraum vom 1. November 2012 bis zum 31. März 2013 kann dem Beschwerdeführer wegen des Taggeldbezugs zum vornherein kein Rentenanspruch zuerkannt werden. 3. Streitig und zu prüfen ist somit vorliegend der Rentenanspruch ab dem 1. April 2013. Während die IV-Stelle dem Beschwerdeführer eine befristete Viertelsrente vom 1. April 2013 bis zum 31. März 2014 zugesprochen hat, ist der Beschwerdeführer der Ansicht, er habe Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente. Im Zentrum steht die Frage der Arbeitsfähigkeit. Dabei ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter seit dem 18. August 2010 zu 100 % arbeitsunfähig ist. Streitig ist hingegen die Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsgeeigneten Tätigkeit. Die IV-Stelle stützte sich diesbezüglich auf das von ihr eingeholte rheumatologische Gutachten des diplomierten Arztes D._____ vom 13. Juli 2016 (IV-act. 164) und auf die Berichte von Dr. med. B._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 11. Dezember 2012 (IV-act. 54) und vom 21. Januar 2014 (IV-act. 98), aus welchen für verschiedene Zeitabschnitte Arbeitsfähigkeiten von 72 %, 85 % und 70 bis 80 % hervorgehen. Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, es sei auf die Einschätzung des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C._____ abzustellen, welcher dem Beschwerdeführer in diversen Berichten eine konstante

- 9 - Arbeitsfähigkeit von 20 % attestierte (IV-act. 107 S. 3, 130 S. 12, 172 S. 5). Für die Beantwortung der im Streit liegenden Fragen ist der Sachverhalt zu berücksichtigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 2. Mai 2017 verwirklicht hat (BGE 132 V 215 E.3.1.1). Massgeblich ist dabei der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 133 V 504 E.3.3). 4. Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wer im Sinne des Gesetzes invalid ist. Als Invalidität gilt bei erwerbstätigen Versicherten die durch einen körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit, welche die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein kann (Art. 8 Abs. 1 ATSG; Art. 4 Abs. 1 IVG). Der rentenbegründende Invaliditätsgrad ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (Art. 16 ATSG). Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass Validen- und Invalideneinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

- 10 - 5. In der angefochtenen Verfügung legte die IV-Stelle das Valideneinkommen für das Vergleichsjahr 2016 auf Fr. 73'521.75 fest. Sie ging dabei vom Einkommen aus, welches der Beschwerdeführer im Jahr 2011 zuletzt in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter erzielt hatte, und passte dieses Einkommen an die Nominallohnentwicklung an. Dies ist korrekt und wird vom Beschwerdeführer zu Recht auch nicht beanstandet. 6.

Geprüft wird nun das Invalideneinkommen. Für dessen Bemessung ist die Frage entscheidend, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person in welchem Umfang noch zugemutet werden können, beziehungsweise in welchem Grad die versicherte Person in einer optimal angepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist. Für die Beantwortung dieser Frage ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die medizinische und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung stellen (BGE 125 V 256 E.4). Aufgabe der medizinischen Fachleute ist es, den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und Stellung zu nehmen zu der Frage, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten diese arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E.4, BGE 125 V 261 E.4). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit können sich die IV-Stellen und die Sozialversicherungsgerichte auf den RAD (Art. 59 Abs. 2bis IVG), auf die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder auf externe medizinische Sachverständige stützen (Art. 59 Abs. 3 IVG). 7. Arztberichte unterliegen wie sämtliche Beweismittel in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Der Beweiswert der ärztlichen Stellungnahmen hängt deshalb nach der Rechtsprechung davon ab, ob sie für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben wurden, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchten und in den daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu

- 11 - überzeugen vermögen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ärztlicher Stellungnahmen ist folglich grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch dessen Bezeichnung als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E.5.1). Dennoch hat es das Bundesgericht mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist rechtsprechungsgemäss den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von versicherungsexternen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 353 E.3b/bb). Bei Berichten von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Der Bericht eines behandelnden Arztes hat somit nicht den gleichen Rang wie ein Gerichtsgutachten oder ein von der IV-Stelle nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Ein solcher Bericht verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter zu prüfen, ob der Bericht des behandelnden Arztes die Auffassungen und Schlussfolgerungen des förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 135 V 465 E.4.5, 125 V 361 E.3c). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in

- 12 - die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (BGE 125 V 351 E.3b/ee). 8. Im vorliegenden Fall sind zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer adaptierten Tätigkeit die in den nachfolgenden Erwägungen 8.1. bis

E. 18

Dezember 2013 zu Recht von einer Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 72 % aus, für den Zeitraum vom 19. Dezember 2013 bis zum

E. 20

März 2016 von einer solchen von 85 %. Für die Zeit ab dem 21. März 2016 berücksichtigte die IV-Stelle sodann angesichts der gutachterlich beurteilten Arbeitsfähigkeit von „70 bis 80 %“ zu Recht den Mittelwert von 75

- 26 - % (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 822/04 vom 21. April 2005 E.4.3). 10. Zu prüfen bleibt, ob die IV-Stelle das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers korrekt bemessen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad und den Rentenanspruch richtig festgelegt hat.

E. 21

März 2016 festgelegte Verschlechterung von 85 auf 75 % ab dem 1. Juni 2016 berücksichtigte.

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