

# GR\_GERICHTE S 2019 119 vom 18. August 2020

GR Gerichte, 2020-08-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2019\\_119](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_119)

FR: GR\_GERICHTE S 2019 119 du 18 août 2020

IT: GR\_GERICHTE S 2019 119 del 18 agosto 2020

## Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Kammer als Versicherungsgericht Vorsitz Pedretti RichterIn von Salis, Audétat Aktuar Paganini URTEIL vom 18. August 2020 in der versicherungsrechtlichen Streitsache A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Karin Caviezel, Beschwerdeführer gegen Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden, Beschwerdegegnerin betreffend IV-Rente

- 2 - 1. A.\_\_\_\_\_ meldete sich erstmals im November 2004 unter Hinweis auf eine chronische Migräne, innere Unruhe, Antriebslosigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie einem Schwächegefühl trotz Herzoperation bei der IV zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle holte verschiedene Berichte ein und veranlasste eine interdisziplinäre Abklärung durch die Psychiatrischen Dienste Graubünden (PDGR). In deren Gutachten vom 18. April 2006 hielten die zuständigen Ärzte fest, dass keine psychiatrische Diagnose vorläge, so dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht beeinträchtigt sei. Bezüglich der Beurteilung, ob eine Migräne und/oder Spannungskopfschmerzen vorlägen, werde auf die Beurteilung durch Dr. med. B.\_\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, verwiesen. Dieser erachtete in seinem Bericht vom 1. Mai 2006 eine typische Aura mit Migränekopfschmerz, eine Migräne ohne Aura sowie wahrscheinlich chronischer Kopfschmerz vom Spannungstyp als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Nachdem RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_\_ in ihrer Abschlussbeurteilung vom

### E. 3.1

Zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das MEDAS-Gutachten vom 7. März 2019 abgestellt hat oder ob konkrete Indizien gegen dessen Zuverlässigkeit sprechen bzw. dieses von den übrigen medizinischen Akten, insb. von den Berichten von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ derart in Zweifel gezogen wird, dass von der 100%igen Arbeitsfähigkeitseinschätzung in adaptierter Tätigkeit (d.h. in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten) für den hier massgebenden Zeitraum ab Oktober 2018 abzuweichen wäre.

- 10 -

### E. 3.2

Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Hinsichtlich des Beweiswertes eines

Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E.3a, 122 V 157 E.1c m.H.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E.3b, 118 V 286 E.1b, 112 V 30 E.1a m.H.). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen 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, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4, 125 V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E.4.5; BGE 125 V 351 E.3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und der Begutachtungsauf-

- 11 - trag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten (vgl. dazu BGE 124 I 170 E.4) andererseits nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin diejenigen Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die Berichte der behandelnden Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E.2.3, 8C\_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2, 8C\_229/2019 vom 5. Juli 2019 E.5.1 und 8C\_835/2018 vom 23. April 2019 E.3).

### **E. 3.3**

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, das MEDAS-Gutachten sei weder schlüssig noch nachvollziehbar, weshalb ihm kein Beweiswert zukomme, verfängt sein Einwand nicht. Vielmehr ist der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass die Gutachter sich in ihrer Beurteilung in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die eigenen Untersuchungen getroffen haben. Auch flossen die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zur Krankheitsentwicklung und zum jetzigen Leiden in die Gesamtbeurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung mit ein (vgl. z.B. Bg-act. 272/9 ff. und speziell das neurochirurgische Teilgutachten [Bg-act. 272/106 und 272/108]). In der Konsensbeurteilung wiesen die Gutachter folgende Diagnosen mit Arbeitsfähigkeitsauswirkung aus: Cervikalsyndrom sowie subscapuläres

Schmerz-Syndrom links, sensibles Rest-Defizit C6 und C7 links, motorisches Rest-Syndrom distal Vorderarm und Hand C7 sowie C5 links. Ausserdem stellten sie eine Spondylolisthesis L5/S1 mit Facettensyndrom L5/S1 links ohne radikuläre Symptomatik fest, welche jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (vgl. Bg-act. 272/11 f.). Zur durchge-

- 12 - führten EFL wurde festgehalten, dass die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz nur teilweise verwertbar seien. Es müsse davon ausgegangen werden, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können. Diese entspreche einer mindestens leichten wechselbelastenden Tätigkeit, welche ganztags zumutbar sei (vgl. Bg-act. 272/12). Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, es bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Anders verhalte es sich mit Blick auf eine Verweistätigkeit: Diesbezüglich sei von einer Restarbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen, welche – pragmatisch betrachtet – sechs Monate nach dem letzten operativen Eingriff bestehe (vgl. Bg-act. 272/14 f.). Wenn der Beschwerdeführer in diesem Zusammenhang einen Widerspruch zwischen dieser Arbeitsfähigkeitseinschätzung und jener im neurochirurgischen Teilgutachten erblickt, vermag er nicht durchzudringen. Zwar trifft es zu, dass Prof. Dr. med. L. \_\_\_\_\_ aus neurochirurgischer Sicht festhielt, je nach Erholung der Defizite könne eine 4- bis 6-stündige Arbeitsfähigkeit im angepassten Beruf möglich sein (vgl. Bg-act. 272/117). Wie die Beschwerdegegnerin indes in der Vernehmlassung zu Recht vorbringt, stellte der neurochirurgische Teilgutachter diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung unter den Vorbehalt der Konsensbeurteilung. So merkte er ausdrücklich an, eine gesonderte fallspezifische Beurteilung des Verlaufs der Arbeits(un)fähigkeit sei der Gesamtbeurteilung nicht dienlich, weshalb diese wichtige Frage in Absprache mit allen Fachgutachtern im Rahmen der Konsensbeurteilung zu beantworten sei (vgl. Bg-act. 272/117). Somit ist davon auszugehen, dass Prof. Dr. med. L. \_\_\_\_\_ seine ursprüngliche (vorläufige) Arbeitsfähigkeitseinschätzung anlässlich der Konsensbeurteilung, unter Würdigung der Gesamtsituation durch alle Fachrichtungen, einschliesslich der Ergebnisse der durchgeführten EFL, wiedererwog und sich der

- 13 - 100%igen Arbeitsfähigkeitseinschätzung (sechs Monate nach der letzten Operation) anschloss, was er denn auch so unterschriftlich bestätigte (vgl. Bg-act. 272/16 f.). Ein Widerspruch ist darin nicht zu erkennen. Gleiches gilt mit Blick auf die Ausführungen im Gutachten, wonach die angegebenen Schmerzen für alle involvierten Gutachter nachvollziehbar seien (vgl. Bg-act. 272/14) und der Beschwerdeführer in der Nutzung seiner Arme stark eingeschränkt sei (Bg-act. 272/12). Vielmehr ist davon auszugehen, dass dieser Befund genauso wie die als nachvollziehbar bezeichneten Schmerzangaben in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen sind und keine unternvollschichtige Erwerbstätigkeit in optimal leidensadaptierter Tätigkeit zu begründen vermögen. Mit anderen Worten erfolgte die Beurteilung der Folgen der festgestellten Gesundheitseinschränkungen gestützt darauf und in Würdigung derselben. Dass die Gutachter im Rahmen der Konsensbesprechung die Ergebnisse der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in ihre Gesamtbeurteilung miteinbezogen, ist nicht zu beanstanden. Denn die Therapeuten für Ergonomie der Kliniken O. \_\_\_\_\_, M. \_\_\_\_\_ und N. \_\_\_\_\_, zeigten in ihrem Bericht vom 18. Januar 2019 unter Hinweis auf mehrere Diskrepanzen nachvollziehbar auf, weshalb sie von einer erheblichen Symptomaus-

weitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz ausgingen. So stellten sie namentlich eine Diskrepanz zwischen der angegebenen und demonstrierten, ausgeprägten Schonung des betroffenen linken Armes und der nur minimalen Muskelatrophie am linken Arm fest (vgl. Bg-act. 273/6). Im neurochirurgischen Teilgutachten wird im Übrigen eine reduzierte Trophik der Muskulatur der linken Hand und der linken Schulter beschrieben (vgl. Bg-act. 272/112), was mit den Befunden der EFL im Einklang steht. Ausserdem sei am ersten Tag der EFL eine aktive Aussenrotation des linken Armes nur bis 15° möglich gewesen, während am zweiten Tag eine solche bis 55° habe erreicht werden können (vgl. Bg-act. 273/6). Eine weitere Diskrepanz orteten die Therapeuten im Rahmen des Testverhaltens: So sei der 3-

- 14 - minütige Stufentest nach 140 Sekunden abgebrochen worden während die Treppenbenutzung über 100 Stufen unter leichtem Einsatz des Handlaufes in 200 Sekunden habe durchgeführt werden können (vgl. Bg-act. 273/6). Des Weiteren würden sich die ermittelten (demonstrierten) niedrigen Werte der isometrischen Kraftmessung der Oberarmmuskulatur, insbesondere rechts (bis max. 2.5 kg), nicht in den erbrachten Leistungen dieser Muskulatur bei den Tests widerspiegeln (Bg-act. 273/6). Schliesslich hätten sich auch die nicht betroffenen Bereiche nicht bis an eine beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze belasten lassen (Bg-act. 273/5). Dass die EFL-Abklärung, wie vom Beschwerdeführer moniert, ohne ärztliche Supervision erfolgt sei (vgl. Bg-act. 273/1), tut der Aussagekraft ihrer Ergebnisse keinen Abbruch. Denn abgesehen davon, dass diese Ergebnisse – wie bereits dargestellt, wohl weil sie von den Gutachtern als nachvollziehbar erachtet wurden – in die Konsensbeurteilung miteingeflossen sind, sind für die Beurteilung einer Symptomausweitung insbesondere psychiatrische Diagnosen von Belang (vgl. dazu ausdrücklicher Vermerk im EFL-Bericht [Bg-act. 273/6]), welche vorliegend beim Beschwerdeführer jedoch keine relevanten festgestellt werden konnten (vgl. psychiatrisches Teilgutachten von med. pract. P. \_\_\_\_\_ [Bg-act. 272/168 f.], wonach insbesondere wegen der Schmerz-Symptomatik keine Diagnose aus dem depressiven oder somatoformen Spektrum habe gestellt werden können und die ehemals bestandene Panikstörung weitgehend abgeklungen sei). Somit ist auch die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Feststellung des neurochirurgischen Teilgutachters, wonach beim Beschwerdeführer eher eine Dissimulation von Beschwerden bestehe (vgl. Bg-act. 272/115), sowie die Tatsache, dass sich bei allen Teilgutachten kein Hinweis für eine Aggravation (oder Simulation) zeigte, vor dem Hintergrund der plausiblen Schlussfolgerungen der EFL zu relativieren. Im Weiteren kann dem Beschwerdeführer nicht gefolgt werden, soweit er die von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ festgestellte und mittels CT verifizierte An-

- 15 - schlusspathologie im Bereich C7/Th1 mit entsprechender Kompression der abgehenden Nervenwurzeln C8 beidseits (vgl. Berichte vom 4. Juni 2019 [Bg-act. 286] und vom 8. November 2019 [Bf-act. 2]) im Sinne einer neuen Beschwerdesymptomatik als Erklärung für die Schmerzen anführt, weshalb nicht von einer Symptomausweitung und einer verminderten Leistungsbeurteilung ausgegangen werden dürfe. Beide erwähnten Berichte von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ wurden dem RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vorgelegt, welcher dazu am 17. Juni 2019 (Bg-act. 290/36 ff.) und 28. November 2019 (Bg-act. C1) ausführlich Stellung nahm. Dabei gelangte er zum Schluss, dass die als "neu" bezeichnete Pathologie bzw. die "MRI-Diagnose" rein klinisch bereits im Begutachtungszeitpunkt vorgelegen und die geklagte Symptomatik folglich vollumfänglich bereits im

MEDAS-Gutachten berücksichtigt worden sei (vgl. Bg-act. 290/38 f. und C1). Dabei verweist er richtigerweise auf die Rechtsprechung des Bundesgerichts, wonach für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung eines Gesundheitsschadens nicht die konkrete diagnostische Einordnung, sondern vielmehr die funktionellen Beeinträchtigungen massgebend sind (vgl. BGE 140 V 193 E.3.1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_345/2019 vom 25. September 2019 E.4.2.1, 9C\_570/2018 vom 18. Februar 2019 E.3.2.1, 9C\_851/2018 vom 23. Mai 2019 E.4.1.4). Hierzu hielt er fest, dass den Gutachtern die allgemeine Beschwerdesymptomatik im Bereich des Nackens und der Schultern sowie die eingeschränkte Beweglichkeit der HWS bestens bekannt gewesen seien (vgl. hierzu Konsensbeurteilung [Bg-act. 272/9 ff.] und im Speziellen neurochirurgisches Teilgutachten [Bg-act. 272/106 und 272/108]). Dies ist denn auch insoweit nachvollziehbar, als vom Beschwerdeführer bereits früh und im Verlauf der Krankheitsentwicklung immer wieder, so zuletzt auch nach der letzten Operation, Schmerzen im zervikothorakalen Übergang beklagt wurden, insbesondere – wie auch von Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ in seinen Berichten ausgewiesen – bei Drehbewegungen des Kopfes, teilweise einhergehend mit einer Ausstrahlung zwischen und über die Schulterblätter oder in die Vorderarme und Finger (vgl. Arztbericht von Prof. Dr.

- 16 - med. F.\_\_\_\_\_ vom 31. März 2016 [Bg-act. 168/3], vom 20. April 2017 [Bg-act. 198/17], vom 10. September 2017 [Bg-act. 218], vom 29. November 2017 [Bg-act. 221/2], vom 11. Dezember 2017 [Bg-act. 224/2] und vom 29. Mai 2018 [Bg-act. 254/2]). Diese Schmerzen im zervikothorakalen Übergang waren den Gutachtern somit vorbefundlich bekannt (vgl. Aktenauszug MEDAS-Gutachten [Bg-act. 272/42, 272/53, 272/55, 272/59; ferner 272/37]), weshalb die Anschlusspathologie im unteren Bereich der HWS im Übergang zur BWS (auch bei der nun mittels CT nachgewiesenen Arthrose der Facettengelenke C6 bis Th2 mit Osteophyten) und dessen funktionellen Auswirkungen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht als neu bezeichnet werden kann. In Übereinstimmung damit stellte denn auch der neurochirurgische Teilgutachter Restausfälle im Schulterbereich sowie im Arm und in der Hand links fest, welche auch nach der letzten Operation einer Behandlung bedürften (Bg-act. 272/115). Zudem wies RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ plausibel darauf hin, dass Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_\_ mit seinem Untersuchungsbefund einer leicht reduzierten Trophik der Muskulatur in der linken Hand (vgl. Bg-act. 272/112) – entgegen der in der Triplik vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung – bereits eine neurologische Symptomatik C8 beschrieben habe, da die Nervenwurzel C8 motorisch für die kleinen "Zwischenknochenmuskeln" der Hand verantwortlich sei (vgl. Stellungnahme vom 17. Juni 2019 [Bg-act. 290/37 f.]). Ferner erscheint es wenig überzeugend, wenn Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Vergleich zum MEDAS-Gutachten bei der Rotation der HWS (40° nach links und 30° nach rechts im Bericht vom 4. Juni 2019 [Bg-act. 286/2] bzw. 30° nach links und 50° nach rechts im Bericht vom 8. November 2019 [Bf-act. 2] vs. 30° beidseits im MEDAS-Gutachten [Bg-act. 272/111]) und der Ante- bzw. Retroflexion des Kopfes (20° nach vorne und 10° nach hinten im Bericht vom 4. Juni 2019 [Bg-act. 286/2] bzw. etwa 20° nach vorne im Bericht vom 8. November 2019 [Bf-act. 2] vs. 10° nach vorne und hinten im MEDAS-Gutachten [Bg-act. 272/111]) bessere Befunde festhielt, zugleich aber auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit schloss. Insgesamt erscheint es

- 17 - daher nachvollziehbar, dass Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_\_ lediglich eine andere Beurteilung eines im wesentlichen unveränderten Gesundheitszustands vorgenommen hat, dessen

funktionelle Auswirkungen bereits im Gutachten eingehend gewürdigt wurden. Nur weil ein behandelnder Arzt zu einer anderen Einschätzung gelangt, ist es rechtsprechungsgemäss nicht geboten, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen. Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ brachte in seinen Stellungnahmen denn auch nichts Wesentliches vor, was in der polydisziplinären Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein soll (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_379/2019 vom 21. August 2019 E.2.2). Soweit der Beschwerdeführer schliesslich nebenbei anmerkt, er habe seine Anwesenheit anlässlich der Eingliederungsmassnahme bei der I. \_\_\_\_\_ nicht über 3 ½ Stunden pro Tag steigern können, ist seine Aussage, dabei körperlich an seine Grenzen gekommen zu sein (vgl. z.B. Protokoll-Nr. 1 zum Belastbarkeitstraining vom 16. März 2018 [Bg-act. 236/2] und Protokoll-Nr. 2 zum Belastbarkeitstraining vom 10. April 2018 [Bg-act. 241/1]), insoweit zu relativieren, als dass es ihm nach eigenen Angaben trotzdem möglich gewesen sein soll, seine Kollegen im Autoclub an den (freien) Nachmittagen bei verschiedenen Aufgaben (z.B. Reparaturen an Schweinwerfern) zu unterstützen (Beobachtungsprotokoll, Eintrag vom 13. März 2018 [Bg-act. 251/2]). Insgesamt ergibt sich somit, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers und die von ihm beigebrachten medizinischen Stellungnahmen nicht geeignet sind, den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens mit seinen Feststellungen zu dem hier massgebenden Zeitraum ab 1. Oktober 2018 zu schmälern. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin auf die im Gutachten attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit sechs Monate nach der letzten Operation in einer angepassten Tätigkeit abstellte. Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragte Einholung eines neurochirurgischen

- 18 - Verlaufsgutachtens verzichtet werden, zumal das streitberufene Gericht aufgrund der bereits abgenommenen Beweise seine Überzeugung gebildet hat und annehmen kann, dass diese Überzeugung durch weitere Beweiserhebungen nicht geändert würde (vgl. BGE 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3). 4. In Bezug auf das Invalideneinkommen macht der Beschwerdeführer geltend, dieses sei gestützt auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung des neurochirurgischen Teilgutachtens von durchschnittlich 60 % anhand der LSE-Tabellenlöhne zu bemessen, wobei aufgrund der lohnmässigen Benachteiligung bei Teilzeittätigkeit, des Wechsels von schwerer zu leichter Arbeit und der Behinderung selbst in leichten Tätigkeiten ein Leidensabzug von 20 % angemessen sei. Im Ergebnis resultiere daraus ein Invaliditätsgrad von 52.56 %, womit zumindest ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente bestehe. 4.1. Ein leidensbedingter Abzug kommt auch bei Heranziehen der LSE zur Bestimmung des Invalideneinkommens nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Ein Abzug soll nicht automatisch, sondern dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer einkommensbeeinflussender Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5a/bb und E. 5b/aa; bestätigt u.a. mit Urteilen 9C\_323/2019 vom 2. September 2019 E.4.2, 9C\_549/2018 vom 20. Februar 2019 E.4.1 m.H.). Praxisgemäss soll mit dem Abzug vom Tabellenlohn der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad je nach Ausprägung Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 135 V 297 E.5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_114/2017 vom 11.

- 19 - Juli 2017 E.3.1). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E.5.2; 134 V 322 E.5.2; 126 V 75 E.5b/bb-cc; Urteil des Bundesgerichts 9C\_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E.3.1). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E.5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leibensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil 9C\_846/2014 vom 22. Januar 2015 E.4.1.1 m.H.). Praxismässig werden keine separat quantifizierten Abzüge je für die massgeblichen Kriterien vorgenommen und addiert, sondern vielmehr wird der Abzug gesamthaft geschätzt (Urteil 8C\_536/2019 vom 26. September 2019 E.5.2.2 f.). 4.2. Im vorliegenden Fall wurde die verminderte Belastbarkeit des Stütz- und Bewegungsapparats zwar in qualitativer Hinsicht bei der Festlegung des Belastungsprofils der zu 100 % ausführbaren adaptierten Tätigkeit berücksichtigt. Wenn die Beschwerdegegnerin nun daraus schliesst, es sei kein Leidensabzug vorzunehmen, übersieht sie, dass der Beschwerdeführer auch über die Verrichtung körperlich leichter und einfacher Tätigkeiten (Kompetenzniveau 1) hinaus massgeblich in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Dabei fällt insbesondere ins Gewicht, dass er aus neurochirurgischer Sicht nur Arbeiten auf Oberkörper- und Kopfhöhe durchführen kann (vgl. Bg-act. 272/117). Hingegen führt die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeiten zu verrichten, rechtsprechungsgemäss nicht automatisch zu einer Verminderung des hy-

- 20 - pothetischen Invalidenlohns (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2017 vom 14. Mai 2018 E.5.2.2.2). Dennoch erscheinen die funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers insgesamt nicht ohne Weiteres mit den gewöhnlichen betrieblichen Anforderungen vereinbar. Selbst wenn aber der vom Beschwerdeführer geforderte Leidensabzug von 20 % berücksichtigt würde – welcher angesichts des Vorgenannten zu hoch veranschlagt ist –, würde dies im Ergebnis nichts ändern, da – wie oben ausgeführt – das Invalideneinkommen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit zu bemessen ist. 5. Insofern resultierte bei einem unbestritten gebliebenen Valideneinkommen von Fr. 69'234.25 und einem Invalideneinkommen von Fr. 54'734.70 (gemäss LSE 2016, Tabelle TA 1, männlich, Arbeitsfähigkeit von 100 %, Leidensabzug von 20 %, umgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden, aufindexiert =  $\text{Fr. } 5'340.-- \times 12 : 40 \times 41.7 \times 1.003995 \times 1.01 \times 1.01 \times 0.80$ ) ein Invaliditätsgrad von gerundet 21 %, womit ein Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. Oktober 2018 entfällt. 6. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren – in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG – bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen aus der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Aufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Kosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens auf Fr. 700.-- fest. Aufgrund des Verfahrensausganges gehen diese zulasten des Beschwerdeführers. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht

kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

- 21 - Demnach erkennt das Gericht:

#### **E. 7**

Mit Mitteilung vom 26. März 2018 gewährte die IV-Stelle ein Belastbarkeits-training in der I. \_\_\_\_\_ vom 1. März 2018 bis 31. Mai 2018, mit dem Ziel, die Leistungsfähigkeit kontinuierlich zu steigern. Nachdem das Pensum bis

- 5 - auf 3.5 Stunden pro Tag erhöht werden konnte, wurde die Weiterführung der Integrationsmassnahme aufgrund der körperlichen Einschränkungen und des konstanten Schmerzniveaus im Genick- und Schulterbereich als wenig sinnvoll erachtet. Entsprechend wurde die Integrationsmassnahme mit Mitteilung vom 19. Juni 2018 beendet, weil A. \_\_\_\_\_ sich nicht in der Lage fühle, an einer solchen teilzunehmen. Übergangsweise durfte A. \_\_\_\_\_ bei der I. \_\_\_\_\_ weiterarbeiten, um die Tagesstruktur aufrechtzu- erhalten.

#### **E. 8**

Im Arztbericht vom 29. Mai 2018 hielt Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, dass A. \_\_\_\_\_ nach der letzten Operation zwar weniger, aber weiterhin Schmerzen am zervikothorakalen Übergang habe, die Feinmotorik in den Fingern noch nicht optimal sei und er weiterhin Taubheiten ulnar und radial im Vor- derarm links verspüre.

#### **E. 9**

Daraufhin holte die IV-Stelle bei der K. \_\_\_\_\_ AG ein polydisziplinäres Gut- achten (internistisch, Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL], neurochirurgisch, neurologisch, orthopädisch chirurgisch und traumatolo- gisch sowie psychiatrisch und psychotherapeutisch) (nachfolgend MEDAS- Gutachten) ein, das am 7. März 2019 erstattet wurde. In der Konsensbeur- teilung stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Cervikalsyndrom sowie suprascapuläres Schmerz-Syn- drom links, sensibles Rest-Defizit C6 und C7 links, motorisches Rest-Syn- drom distal Vorderarm und Hand C7 sowie C5 links. Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde u.a. eine Spondylolisthesis L5/S1 mit Facettensyndrom L5/S1 links ohne radikuläre Symptomatik an- geführt. Zur durchgeführten EFL wurde vermerkt, dass die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbar- keit infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkon- sistenz nur teilweise verwertbar seien. Es müsse davon ausgegangen wer- den, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden

- 6 - können. Diese entspreche einer mindestens leichten wechselbelastenden Tätigkeit. Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, aus interdisziplinärer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in der angestamm- ten Tätigkeit (als Mechaniker/Servicetechniker) von 100 % und in einer ad- aptierten Tätigkeit von 25 % während sechs Monaten, in denen noch eine Therapie durchgeführt werden solle; danach könne in einer Verweistätig- keit eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

#### **E. 10**

In seiner Abschlussbeurteilung vom 14. März 2019 hielt RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ fest, auf das Gutachten könne abgestellt werden. Während in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe, sei diese in einem leidensangepassten Beruf sechs Monate nach der letzten cervicalen Operation, d.h. ab Juli 2017 (recte: 2018), nicht mehr

eingeschränkt.

#### **E. 11**

Mit Vorbescheid vom 21. März 2019 stellte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Dagegen liess dieser am 6. Mai 2019 Einwand erheben und reichte einen weiteren Arztbericht von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 4. September 2016 nach, worin ein Verdacht auf eine Anschlusspathologie C7/Th1 mit entsprechender Kompression der abgehenden Nervenwurzeln C8 beidseits im Sinne eines neuen medizinischen Problems festgehalten wurde. Dieser Bericht wurde RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ vorgelegt, welcher in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 17. Juni 2019 im Wesentlichen zum Schluss gelangte, Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ nehme im Vergleich zum Gutachten eine "Andersbeurteilung" in Kenntnis der Rechtsfolgen vor; er äussere lediglich einen nicht erhärteten Verdacht auf eine zusätzliche Pathologie.

#### **E. 12**

Nachdem der Beginn des Wartejahres auf den 14. Juli 2015 festgelegt worden war und der Rentenanspruch in Berücksichtigung der Anmeldung vom 8. Juli 2016 folglich ab dem 1. Januar 2017 entstehen konnte, sprach die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 9. September 2019 ab diesem Zeit-

- 7 - punkt (1. Januar 2017) befristet bis zum 30. September 2018 eine ganze Invalidenrente zu. Einen darüberhinausgehenden Anspruch wurde insbesondere gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 7. März 2019 abgelehnt, das für schlüssig und nachvollziehbar befunden wurde und nicht durch den Bericht von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ erschüttert werden könne. Nachdem die Vornahme eines Leidensabzugs vereint worden war, resultierte aus dem Einkommensvergleich zwischen einem Valideneinkommen von Fr. 69'234.25 und einem Invalideneinkommen von Fr. 68'418.40 (gestützt auf die LSE-Tabellenlöhne) ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 1 %.

#### **E. 13**

Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführer) am 8. Oktober 2019 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte, die Verfügung vom 9. September 2019 sei insofern aufzuheben, als damit für die Zeit ab dem 1. Oktober 2018 die weitere Ausrichtung der Invalidenrente abgewiesen werde. Die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihm über den 30. September 2018 hinaus unbefristet eine ganze Invalidenrente, mindestens aber eine halbe Invalidenrente zuzusprechen. Eventueller sei ein neurochirurgisches Verlaufsgutachten einzuholen. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, das Gutachten sei weder widerspruchsfrei noch nachvollziehbar und somit nicht schlüssig. Insbesondere bestehe ein Widerspruch zwischen dem neurochirurgischen Teilgutachten, in welchem – nach einer Erholungszeit – eine Arbeitsfähigkeit während nur 4 bis 6 Stunden pro Tag ausgewiesen werde, und der Konsensbeurteilung bzw. der EFL, die sechs Monate nach der letzten Operation von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit ausgingen. Ausserdem vermöge die von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ festgestellte neue Pathologie die anlässlich der EFL geäusserten Schmerzen und immer noch bestehenden Restdefizite zu erklären, weshalb eben gerade nicht von einer Symptomausweitung und verminderten Leistungsbereitschaft ausgegangen werden könne und dürfe. Es werde daher beantragt, eine Verlaufsbeug-

- 8 - achtung durch einen Neurochirurgen einzuholen. Schliesslich sei das Invalideneinkommen gestützt auf die vom neurochirurgischen Teilgutachter ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 4 bis 6 Stunden pro Tag, was durchschnittlich einem 60%-Pensum entspreche, und unter Vornahme eines Leidensabzugs von 20 % zu bemessen, was zu einem Invaliditätsgrad von 52.56 % führe. Damit bestehe zumindest ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

#### **E. 14**

Die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) schloss in der Vernehmung vom 25. Oktober 2019 auf Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer hielt in der Replik vom 20. November 2019 an seinen Anträgen fest und legte einen weiteren Bericht von Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 8. November 2019 ins Recht, aus welchem hervorgeht, dass die vermutete Anschlusspathologie namentlich mittels einer CT verifiziert worden sei. Die Beschwerdegegnerin legte diesen Bericht wiederum dem RAD vor und schloss am 28. November 2019 gestützt darauf, dass es sich dabei um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustands handle. Der Beschwerdeführer liess sich dazu am 2. Dezember 2019 vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 9. September 2019. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]

- 9 - sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formeller und materieller Verfügungsadressat ist der Beschwerdeführer von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Er ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zu dem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 39 Abs. 1 ATSG sowie Art. 61 lit. b ATSG), weshalb darauf eingetreten wird. 2. Streitgegenstand bildet der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Oktober 2018. Unbestritten ist, dass der Beschwerdeführer mit Ablauf des Wartejahres vom 1. Januar 2017 bis zum 30. September 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Ebenfalls nicht streitig ist das Valideneinkommen von Fr. 69'234.25.--. Uneins sind sich die Parteien zunächst hinsichtlich der (Rest-)Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit: Kritisiert wird dabei die von der Beschwerdegegnerin gestützt auf das MEDAS-Gutachten angenommene Arbeitsfähigkeit von 100 % in adaptierter Tätigkeit ab Juni 2018, was ab 1. Oktober 2018 (d.h. nach 3-monatiger Wartefrist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV) mangels rentenbegründendem Invaliditätsgrad zur Rentenaufhebung führt. Ferner ist die Bemessung des Invalideneinkommens, insbesondere die Vornahme eines Leidensabzugs, umstritten.

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