

GR_GERICHTE S 2023 40 vom 2. Mai 2023

GR Gerichte, 2023-05-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2023_40

FR: GR_GERICHTE S 2023 40 du 2 mai 2023

IT: GR_GERICHTE S 2023 40 del 2 maggio 2023

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 1

A._____, geb. 1968, ist gelernter Automechaniker und war zuletzt als Koch und Geschäftsführer eines Cateringsbetriebs tätig. Im Jahr 2008 erkrankte er an einem B-Zell-Lymphom mit primärem Milzbefall, woraufhin er sich einer Chemotherapie unterzog und sich eine komplette Remission einstellte.

E. 2

Nachdem A._____ ab dem 25. Oktober 2019 krankgeschrieben worden war, diagnostizierte der behandelnde Dermatologe Dr. med. B._____ mit Bericht vom 7. Januar 2020 eine mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris. Da teilweise auch Gelenksbeschwerden an den Hüften, Knien und am Kiefergelenk beschrieben worden waren, stellte er ferner anamnestisch den Verdacht auf eine Psoriasisarthritis und begann bei A._____ mit einer Systemtherapie.

E. 2.1

Umstritten ist im Allgemeinen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf eine Invalidenrente mangels Vorliegens eines invalidisierenden Gesundheitsschadens verneint hat bzw. ob sie zu Recht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten ab Oktober 2020 ausgegangen ist.

E. 2.2

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 (Weiterentwicklung der IV). Da der hier umstrittene Rentenanspruch seine Begründung jedoch noch vor dem 1. Januar 2022 fände, sind die bis zum 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Bestimmungen massgebend (vgl. Übergangsbestimmungen des IVG zur Änderung vom 19. Juni 2020; Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab dem 1. Januar 2022, Rz. 9101). Dies ergibt sich aus den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 146 V 364 E.7.1, 144 V 210 E.4.3.1 und 129 V 354 E.1 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 8C_521/2021 vom 22. März 2022 E.2.2). 3. Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist. Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die

- 10 - voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (vgl. ferner Art. 4 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (siehe Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (siehe Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 3

Im April 2020 meldete sich A._____ bei der IV-Stelle des Kantons Graubünden (nachfolgend IV-Stelle) zum Leistungsbezug an. Diese tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Bericht vom 12. Juli 2020 diagnostizierte die behandelnde Rheumatologin Dr. med. C._____ Arthralgien der grossen und kleinen Gelenke und führte gestützt auf die durchgeführten klinischen, bildgebenden und laborchemischen Untersuchungen aus, insgesamt liessen sich keine sicheren entzündlichen Gelenk- und Wirbelsäulenmanifestationen erfassen; ebenso wenig seien die Beschwerden durch degenerative Veränderungen erklärbar. In ihrem Bericht vom 21. Oktober 2020 wies Dr. med. C._____ sodann neben einem Verdacht auf eine Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung mit zunehmend psychischen Aspekten differenzialdiagnostisch eine Fibromyalgie aus. Dazu führte sie aus, dass eine solche nicht abwegig sei, zumal sich weitere Symptome wie Schlafstörungen hinzugesellt hätten. Demgegenüber erschien dem Neurologen Dr. med. D._____ mit Bericht

- 3 - vom 18. Januar 2021 das Vorliegen einer Fibromyalgie aufgrund der klinischen Präsentation und der Befunde sehr unwahrscheinlich.

E. 3.1

Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach diesen Bestimmungen ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (siehe BGE 145 V 215 E.5.1, 143 V 418 E.6 und 8.1, 143 V 409 E.4.5.2 sowie 141 V 281 E.2.1). Die Diagnose muss lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützt sein (siehe BGE 140 IV 49 E.2.4.1 mit Hinweis auf ICD [internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; von der Weltgesundheitsorganisation [WHO] herausgegeben und weltweit anerkannt] oder DSM [diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen; Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung]; ferner BGE 136 V 279 E.3.2.1, 131 V 49 E.1.2, 130 V 396 E.6.6.2 und 6.3; Urteile des Bundesgerichts 9C_813/2018 vom

E. 3.2

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt,

- 12 - in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a; anstatt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_26/2022 vom 30. Mai 2022 E.4.1 und 9C_528/2021 vom 11. Februar 2022 E.4.1). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens (nach Art. 44 ATSG) eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund 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 Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E.1.3.4, 135 V 645 E.4.4 und 125 V 351 E.3b/bb; siehe auch Urteile des Bundesgerichts 8C_84/2022 vom 19. Mai 2022 E.2.2, 8C_784/2021 vom 9. Februar 2022 E.4.2, 8C_33/2021 vom 31. August 2021 E.2.2.2 und 8C_38/2021 vom 16. August 2021 E.2). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter auch der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (siehe BGE 135 V 465 4.5 und 125 V 351 E.3b/cc). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und von Begutachtungsauftrag 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 oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben immerhin die Fälle, in denen sich eine vom (amtlichen) Gutachten abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die

- 13 - Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte wichtige – nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (siehe BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_80/2022 vom 4. Mai 2022 E.4, 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E.11.2.2, 8C_736/2021 vom 22. März 2022 E.5.2, 8C_764/2021 vom 3. März 2022 E.4.2, 9C_528/2021 vom 11. Februar 2022 E.4.2, 8C_105/2021 vom 8. Juni 2021 E.3 und 8C_164/2021 vom 3. Mai 2021 E.3.2.1). 4. Zur Beurteilung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

E. 4

Im weiteren Verlauf berichteten die Dres. med. E._____ und F._____ am 30. April 2021 von einem hochgradigen Verdacht auf ein mittelschweres Fibromyalgiesyndrom bei chronischem und invalidisierendem sowie therapieresistentem Schmerzsyndrom mit Arthralgien der kleinen und grossen Gelenke, Myalgien und Kopfschmerzen sowie einem Erschöpfungssyndrom. Sie stellten A._____ eine Physiotherapieverordnung aus und leiteten eine psychologische Schmerztherapie bei lic. psych. G._____ in die Wege.

E. 4.1

Mit Bericht vom 7. Januar 2020 diagnostizierte der behandelnde Dermatologe Dr. med. B._____ eine mittelschwere bis schwere Psoriasis vulgaris (ED ca. im Jahr 2002) und wies anamnestisch einen Verdacht auf eine Psoriasisarthritis aus. Zur Vorgeschichte führte er aus, ca. im Jahr 2002 habe ein Ausschlag an den Ellenbogen vorgelegen, welcher unter der Chemo-Immuntherapie bei einem B-Zell-Lymphom abgeheilt sei. Im Verlauf seien Ausschläge am ganzen Körper und im Gesicht aufgetreten. Teilweise bestünden auch

Gelenksbeschwerden an den Hüften und Knien sowie am Kiefergelenk. Bei der Erstkonsultation am 25. Oktober 2019 habe sich eine generalisierte, plaqueförmige Psoriasis vulgaris mit Befall der Kopfhaut und einzelnen Nägeln gezeigt. Dabei handle es sich formal um eine mittelschwere bis schwere Psoriasis. Zudem bestehe anamnestisch der Verdacht auf eine Psoriasisarthritis. Aufgrund des Schweregrads der Hautpsoriasis sei eine Systemtherapie mit Risankizumab (Skyrizi®) indiziert. Nach der Verabreichung einer ersten Dosis am 29. November 2019 habe sich erfreulicherweise bereits ein deutlich regredienter Befund gezeigt (IV-act. 14 S. 7 f.).

- 14 -

E. 4.2

In seinem Bericht vom 27. April 2020 rechnete Dr. med. B._____ aus dermatologischer Sicht damit, dass der Beschwerdeführer ab dem 4. Mai 2020 seine bisherige Tätigkeit wahrscheinlich wieder zu 80 % bis 100 % aufnehmen könne. Die Prognose sei sehr gut, falls die Therapie mit Skyrizi® weiterhin suffizient sei (vgl. IV-act. 14 S. 5). Ferner berichtete er am 8. Juli 2020, dass aufgrund von persistierenden, teils sogar zunehmenden rheumatologischen Beschwerden ab dem 20. Juli 2020 ein Therapiewechsel von Risankizumab auf Adalimumab erfolge. Zudem bestätigte er, dass aus dermatologischer Sicht aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, nachdem initial Tätigkeiten, bei denen die Hände gebraucht würden, wegen der ausgeprägten Psoriasis vulgaris an den Händen und Fingern sowie bei massivem Nagelbefall nicht zumutbar gewesen seien (vgl. IV-act. 18 S. 2).

E. 4.3

Mit Bericht vom 12. Juli 2020 diagnostizierte die behandelnde Rheumatologin Dr. med. C._____ Arthralgien der grossen und kleinen Gelenke und führte dazu in der Beurteilung aus, bei klinisch fehlenden sicheren Hinweisen für Arthritiden hätten sich sonografisch lediglich leichte Schwellungen an einzelnen MTP-Gelenken gezeigt. Eine Zweiphasenskelettszintigrafie habe keine ergänzenden Hinweise für ein entzündliches Geschehen ergeben. Es sei sogar eine MRI-Untersuchung der LWS und des ISG sowie der Vorfüsse beidseits durchgeführt worden, ohne dass arthritische Veränderungen dokumentiert worden seien. Im Bereich der Vorfüsse hätten sich lediglich ödematöse Veränderungen im Nagelbett von Dig. I und II beidseits gezeigt, was möglicherweise Enthesitiden entsprechen könnte. Insgesamt liessen sich somit keine sicheren entzündlichen Gelenk- und Wirbelsäulenmanifestationen erfassen. Ebenso wenig seien die Beschwerden durch degenerative Veränderungen erklärbar, so dass bei grossem Leidensdruck und unter der Annahme, dass noch enthesitische Beschwerden im Rahmen der

- 15 - Psoriasis vorherrschen könnten, ein Versuch mit Humira vorgeschlagen werde (IV-act. 25 S. 9 f.). Dieser Therapiewechsel führte indes zu keiner Regredienz der Gelenksbeschwerden, wovon Dr. med. C._____ am 6. September 2020 berichtete (IV-act. 25 S. 15 und S. 17). Mangels Verbesserung der Gelenksbeschwerden und unter Berücksichtigung der bildgebenden Befunde ohne klare Hinweise auf eine entzündliche Beteiligung unterstützte Dr. med. C._____ mit Bericht vom 21. Oktober 2020 den Wechsel zurück auf Skyrizi. Zudem vermutete sie zunehmend eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Entwicklung einer chronischen Schmerzkrankheit. Ausserdem sei eine Fibromyalgie nicht abwegig, zumal zunehmend weitere Symptome wie Schlafstörungen hinzukämen. Nicht ganz dazu passe, dass es doch Tage gebe, an denen der Beschwerdeführer praktisch

beschwerdefrei sei (IV-act. 25 S. 18). Mit Verlaufsbericht vom 7. November 2020 erachtete Dr. med. C._____ bei diagnostizierten Arthralgien der grossen und kleinen Gelenke mit begleitenden myofascialen Befunden unklarer Ätiologie mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine leidensangepasste Tätigkeit im Rahmen von zwei bis vier Stunden für zumutbar (IV-act. 25 S. 6). Dabei führte sie die Differenzialdiagnose einer Fibromyalgie nicht mehr auf (IV-act. 25 S. 3).

E. 4.4

In seinem Überweisungsschreiben vom 24. Dezember 2020 führte Hausarzt Dr. med. L._____ aus, aktuell stehe eine zunehmend invalidisierende Schmerzsymptomatik im Vordergrund. Es persistierten Gelenkschmerzen, besonders an den Schultern, Hüften und Knien, welche an Intensität von Tag zu Tag stark wechseln würden. Es stelle sich nun die Frage, inwieweit die Beschwerden im Rahmen eines polyneuropathischen Schmerzsyndroms erklärt werden könnten (vgl. IV- act. 31 S. 5 f.). Mit Bericht vom

E. 4.5

Die Dres. med. E._____ und F._____ wiesen mit Bericht vom 30. April 2021 einen hochgradigen Verdacht auf ein mittelschweres Fibromyalgiesyndrom aus bei chronischem und invalidisierendem sowie therapieresistentem Schmerzsyndrom mit Arthralgien der kleinen und grossen Gelenke, Myalgien und Kopfschmerzen sowie einem Erschöpfungssyndrom. Zur Schmerzanamnese hielten sie fest, die Schmerzen seien konstant vorhanden und in wechselnder Intensität fast am ganzen Körper lokalisiert, vor allem im Bereich des Schulter- /Nackengürtels sowie beider Unterarme, an beiden Hüften und beiden Unterarmen (recte wohl: Unterschenkel). Die Oberarme, der Rücken und die Oberschenkel seien nicht betroffen. Begleitend bestünden regelmässige Kopf- und Bauchschmerzen. Die Schmerzen im Oberkörper fühlten sich wie extremer Muskelkater an, im Unterkörper seien es brennende Schmerzen. Ferner komme es auch immer wieder zu linksseitigen Kieferschmerzen. Zudem sehe der Beschwerdeführer an schlechten Tagen häufig alles wie durch einen leichten Nebel. Die Schmerzen seien an jedem Tag vorhanden, an einigen Tagen sei es schlimmer, und es gebe immer wieder "Schübe", wobei die Schmerzen für drei bis vier Tage deutlich schlimmer seien. Die Schübe träten häufig zusammen mit Wetterwechseln auf (von warm zu kalt), wobei die kalte Jahreszeit generell viel schlimmer sei (IV-act. 45 S. 2 f.). In ihrer Beurteilung hielten die Dres. med. E._____ und F._____ fest, in Zusammenschau der Befunde scheine hier am ehesten ein

- 17 - mittelschweres bis schweres Fibromyalgiesyndrom vorzuliegen (SSS: 7 Punkte und WPI: 13 Punkte). Das zentrale Element in der Behandlung sei die Patientenedukation. Weitere Therapiepeiler bestünden im Erhalt/Ausbau der körperlichen Aktivität und Belastbarkeit sowie der psychosomatischen und psychologischen Schmerztherapie im Sinne einer multimodalen Schmerztherapie. Dementsprechend sei dem Beschwerdeführer eine Physiotherapieverordnung ausgestellt und eine psychologische Schmerztherapie bei lic. psych. G._____ in die Wege geleitet worden (IV-act. 45 S. 5).

E. 4.6

Am 21. Mai 2021 berichteten Dr. med. F._____ und Assistenzarzt N._____ bei gleichgebliebener Verdachtsdiagnose eines mittelschweren Fibromyalgiesyndroms von einem hinsichtlich der Schmerzsituation unverändertem Verlauf. Es zeige sich nach wie vor eine starke psychische Belastung durch die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und den damit zusammenhängenden finanziellen Sorgen. Sofern diese Stressoren weiter bestehen

blieben, drohe bei gleichzeitig zunehmender Erschöpfung im weiteren Verlauf eine Erschöpfungsdepression. Die Ätiologie der Beschwerden verbleibe nach wie vor nicht sicher geklärt. Ein Fibromyalgiesyndrom sei nach wie vor sehr wahrscheinlich und lasse sich mit den Beschwerden vereinbaren. Zentral in diesem Zusammenhang sei, dass trotz ausführlicher Diagnostik keine Hinweise auf eine neurologische Grunderkrankung, auf eine destruktive Gelenkserkrankung oder auf andere autoimmune Prozesse gefunden worden seien (IV-act. 45 S. 7 f.).

E. 4.7

Im monodisziplinären rheumatologischen Gutachten vom 21. Mai 2021 wies Dr. med. H._____ keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aus. Als ohne Auswirkungen darauf stufte er namentlich die Polyarthralgien an grösseren und kleineren Gelenken, wechselhaft in Lokalisation und Intensität seit mehreren Jahren, bei u.a. fehlender artikulärer Schwellung, Rötung oder Überwärmung (kein Hinweis auf

- 18 - Psoriasisarthritis) sowie bei myofacialem Schmerzsyndrom im Hüftbereich beidseits und im Schulter-Nacken-Bereich beidseits ohne Hinweis auf einen generalisierten Weichteilrheumatismus, ein (IV-act. 42 S. 18). Dazu führte er in seiner Beurteilung namentlich aus, in der klinischen Untersuchung hätten am Integument keinerlei Spuren für eine Psoriasis vulgaris finden können. Die peripheren Gelenke seien allseits unauffällig ohne Hinweise auf eine Synovitis oder Enthesiopathie bei altersentsprechender Beweglichkeit und altersentsprechendem symmetrischen Muskelrelief ohne Muskelatrophie an Armen oder Beinen gewesen. Es hätten sich aber muskuläre Verspannungen und Triggerpunkte im Schulter-Nacken-Bereich beidseits linksbetont sowie im Becken bzw. im M. iliopsoas und M. tensor fasciae latae bzw. gluteal und paravertebral lumbal beidseits gefunden. Ein eigentliches Fibromyalgiesyndrom bzw. einen generalisierten Weichteilrheumatismus liege nicht vor. Auch hätten sich keine Verdeutlichungszeichen oder eine Tendenz zur Symptomausweitung gezeigt. Die Wirbelsäule sei altersentsprechend beweglich gewesen, sowohl im Bereich der HWS als auch der BWS und LWS. Ein Endphasenschmerz habe nur im HWS- Bereich für praktisch jede Bewegungsrichtung gefunden werden können, der muskulär empfunden worden sei bei einem Kinn-Sternum-Abstand von 0-19cm. Zusammenfassend könne die Diagnose von Polyarthralgien gestellt werden bei vorwiegend myofacialen Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich sowie im Hüftbereich ohne Hinweise auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung oder auf bedeutende Gelenkdegenerationen. Die Schmerzen dürften im Rahmen eines myofascialen Schmerzsyndroms und wahrscheinlich auch im Rahmen psychosozialer Belastungsfaktoren (unklare berufliche Zukunft, pensionierte Partnerin, Status nach Lymphom mit möglicher Verunsicherung, Finanzen) begründet liegen (IV-act. 42 S. 20 f.).

- 19 - In funktioneller Hinsicht führte Dr. med. H._____ aus, eine nachweisbare Funktionseinschränkung liege nicht vor. Es bestehe ein gewisser Widerspruch zwischen den angegebenen Beschwerden und der blanden klinischen Untersuchung bzw. der Anamnese. Bis heute hätten die Gelenksbeschwerden von keinem beteiligten Arzt problemlos einer Diagnose zugeordnet werden können. Da alle Gelenke stets frei und indolent beweglich gewesen seien, ohne Hinweise auf Synovitiden oder Arthrosen, ohne Enthesiopathien oder Myopathien und ohne muskuläre Schwäche oder neurologische Ausfälle, sei davon auszugehen, dass keine strukturell bedingte Funktionseinschränkung vorliege. Die Beschwerden und subjektiv erlebten Einschränkungen dürften vorwiegend durch die

mögliche Schmerzverarbeitungsstörung und durch psychosoziale Belastungsfaktoren (ohne Arbeit, Status nach B-Zell- Lymphom, pensionierte Partnerin) bedingt sein. Es lägen lokale myofasziale Schmerzen vor, ohne dass ein generalisierter Weichteilrheumatismus nachweisbar wäre (vgl. IV-act. 42 S. 21 f.). Dr. med. H. _____ befand letztlich, dass in der angestammten Tätigkeit als Koch aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung bestehe, da sich keine Störungen oder Funktionsdefizite am Bewegungsapparat finden liessen. Allerdings bejahte er eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bei rascher Ermüdbarkeit. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-act. 42 S. 25 f.).

E. 4.8

Am 6. August 2021 äusserten Dr. med. F. _____ und Assistenzarzt N. _____ einen Verdacht auf ein mittelschweres bis schweres Fibromyalgiesyndrom bei chronischem und invalidisierendem sowie therapieresistentem Schmerz in den kleinen und grossen Gelenken, Myalgien, Kopf- und Bauchschmerzen sowie einem schweren Erschöpfungszustand. Dazu führten sie aus, im kurzfristigen Verlauf habe

- 20 - sich die Situation nicht verändert. Es sei jedoch festzuhalten, dass die stetige Abwärtsspirale in den letzten Monaten habe gestoppt werden können. So habe der Beschwerdeführer seine Funktionalität im Alltag erhalten und könne mittels eines kleinen Nebenerwerbs weiterhin ein gewisses Einkommen generieren. Im Fokus der multimodalen Schmerztherapie lägen nach wie vor die Patientenedukation sowie das Erlernen und festigen von Coping-Strategien und Entspannungstechniken (IV-act. 56 S. 2 ff.).

E. 4.9

Mit Bericht vom 3. Dezember 2021 wiesen Dr. med. F. _____ und Assistenzarzt I. _____ einen hochgradigen Verdacht auf ein mittelschweres Fibromyalgiesyndrom aus. Darin führte der Beschwerdeführer in anamnestischer Hinsicht aus, der Besuch der Fibromyalgiegruppe habe ihm insoweit geholfen zu verstehen, dass die Symptome, die er oft zeige, von der Fibromyalgie herrührten. Vorher habe er sich immer Sorgen gemacht, dass er noch etwas Anderes haben könnte. Die Praxis der Fibromyalgiegruppe habe ihn abgeschreckt. Auch fühle er sich durch das Laufen mit Walkingstöcken durch die Churer Altstadt noch viel kränker als er eh schon sei. Er gehe lieber alleine in O. _____ laufen, wo er vier bis fünf Kilometer schaffe. Danach würden die Schmerzen im Knie und der Hüfte beginnen. Die Sitzung bei Frau G. _____ habe ihm sehr geholfen, da sie zugehört und ihn verstanden habe. Er sehe jedoch keinen Sinn darin, noch einmal dorthin zu gehen, weil es nichts Neues zu besprechen gebe. Auch den Weg in die Schmerzsprechstunde finde er mässig sinnvoll (vgl. IV-act. 57 S. 3). Zum Prozedere führten Dr. med. F. _____ und Assistenzarzt I. _____ aus, dass die Physiotherapie laut Beschwerdeführer aktuell das Einzige sei, was ihm weiterhelfe. Daher werde die Physiotherapieverordnung verlängert. Zudem überlege der Beschwerdeführer sich das Angebot für eine Hypnose- und Phytotherapie.

- 21 - In der Zwischenzeit werde er so weitermachen und sich melden, wenn es etwas gebe, wobei er unterstützt werden könnte (vgl. IV-act. 57 S. 4).

E. 4.10

Im estimated-Gutachten vom 28. Juni 2022 wiesen die Gutachterinnen und Gutachter in der Konsensbeurteilung eine Psoriasis vulgaris (ICD-10 L40.0) mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Ohne Einfluss darauf seien namentlich eine Migräne ohne Aura (ICD-10 G43.0) sowie ein Stadium nach diffus grosszelligem B-Zell-Lymphom mit primärem Milzbefall im Jahr 2008 (ICD-10 Z.85.7) bei Komplettremission unter CHOP-Rituxinab und einer Splenektomie im Januar 2008. Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde führten sie aus, dass aus dermatologischer Sicht Tätigkeiten mit starker mechanischer Belastung der Haut aufgrund einer möglichen Köbnerisierung gemieden werden sollten. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (in quantitativer Hinsicht) ergäben sich hieraus allerdings nicht. Die Tätigkeit als Geschäftsführer und Koch könne als optimal leidensangepasst angesehen werden (vgl. IV-act. 80 S. 12). Im Rahmen der Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen hielten die Expertinnen und Experten fest, dass obgleich sicherlich die vom Beschwerdeführer erlebten Schmerzen und die durchgemachte Lymphom-Erkrankung als ein belastender Einschnitt in die Kontinuität des Lebens zu bezeichnen seien, sei es ihm trotz der vorbestehenden körperlichen Beschwerden und Einschränkungen gelungen, wieder in den Alltag und in das Arbeitsleben zurückzukehren, dies zu gestalten, erfolgreich zu sein und den an ihn gestellten sozialen Erwartungen weiterhin zu entsprechen. Die Psoriasis-Erkrankung sei unter der aktuellen Therapie ebenfalls gut kontrolliert (vgl. IV-act. 80 S. 13). Zur Konsistenzprüfung führten die Gutachterinnen und Gutachter ferner aus, in psychiatrischer Hinsicht könnten die angegebenen körperlichen Symptome und die daraus resultierenden Einschränkungen nicht durch

- 22 - eine psychiatrische Diagnose begründet werden. Wie den diversen Vorberichten und der durchgeführten EFL entnommen werden könne, finde sich keine Symptomausweitung und letztendlich habe auch keine Somatisierung bestanden. Aus rheumatologischer Sicht könne den Ausführungen der EFL nicht annähernd gefolgt werden. Dort werde zum einen von einer Psoriasisarthritis gesprochen, die so nicht diagnostiziert worden sei, und zum anderen seien lediglich die Aussagen des Beschwerdeführers verwertet worden, die sich nach Ansicht des begutachtenden Rheumatologen nicht entsprechend seiner objektiven körperlichen Situation dargestellt hätten. Das Ergebnis der EFL stehe in krassem Widerspruch zur objektiven körperlichen Befundung. Auch bei der Begutachtung habe es keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines rheumatischen Geschehens gegeben. Die Verdachtsdiagnose eines Fibromyalgiesyndroms sei von Dr. med. F._____ zwar geäußert worden, habe sich aber in ihren weiteren Ausführungen nicht erhärten können. Als Diskrepanz zu den beklagten Schmerzen, gleich welcher Genese diese auch sein mögen, könne gesehen werden, dass beim Beschwerdeführer keinerlei Schmerzmedikation etabliert sei, ausser der bedarfsweisen Einnahme von Ponstan® bei Migräne (vgl. IV-act. 80 S. 13 f.). Die in den bisherigen Berichten differenzialdiagnostisch diskutierte Psoriasisarthritis bzw. Fibromyalgie könne aktuell zwar nicht gänzlich ausgeschlossen werden, doch finde sich bei den aktuellen Untersuchungen kein beweisendes bzw. objektivierbares Korrelat hierfür, weshalb diese Diagnosen aktuell nicht gestellt werden könnten. Unabhängig davon, ob nun eine solche Diagnose gestellt werden könne oder nicht, könne aufgrund der rheumatologisch-orthopädischen (als auch aufgrund der neurologischen) Untersuchung keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende funktionelle Einschränkung festgehalten werden. Eine offensichtliche Aggravation bzw. Simulation habe jedoch nicht nachgewiesen werden können (vgl. IV-act. 80 S. 14). In funktioneller

- 23 - Hinsicht erachteten die Gutachterinnen und Gutachter den Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in einer leidensangepassten, die Haut nicht stark mechanisch belastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. In der Vergangenheit möge es Arbeitsunfähigkeitszeiten durch die postulierten Psoriasissschübe gegeben haben. Diese seien allerdings kurzfristig zu bemessen und seit der Stabilisierung der Erkrankung unter der Therapie mit Skyrizi® nicht mehr begründbar (vgl. IV-act. 80 S. 15 f.).

E. 4.11

In ihrem Bericht vom 11. August 2022 diagnostizierten die Dres. med. F._____ und K._____ ein mittelschweres Fibromyalgiesyndrom (ICD-11 MG30.01) bei chronischem und invalidisierendem sowie therapieresistentem Schmerzsyndrom mit Arthralgien der kleinen und grossen Gelenke, Myalgien und Kopfschmerzen sowie einem Erschöpfungssyndrom. Dazu hielten sie fest, dass sie nach Ausschluss anderweitiger Ursachen für die Beschwerden von einer Fibromyalgie ausgingen. Der Beschwerdeführer erfülle die Diagnosekriterien für eine Fibromyalgie bei einem WPI von 13 Punkten und einem SSS von sieben Punkten. Ob die eingesetzten Medikamente gegen die Psoriasis ein möglicher Auslöser für die Fibromyalgie sein könnten, sei sehr schwierig zu beantworten. Die Ätiologie der Krankheit sei noch zu wenig gut erforscht (IV-act. 89 S. 14 f.).

E. 4.12

Aus der Stellungnahme der Kliniken Valens vom 12. August 2022 zu der Ende März desselben Jahres durchgeführten EFL geht hervor, dass dabei das allgemeine Belastbarkeitsniveau im Rahmen einer leichten Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis maximal 10 kg) beurteilt worden sei. Die zeitliche Belastbarkeit sei als ganztags mit Pausen von total sechs Stunden über den Tag verteilt eingestuft worden. Nach gründlicher interner Besprechung des Falls werde am Testergebnis festgehalten. Die

- 24 - deutlich reduzierte Belastbarkeit des Beschwerdeführers lasse sich durch die folgenden Beobachtungen während den zwei Testtagen feststellen: ■ Die folgende Aktivität sei als nicht mehr möglich beurteilt worden: Anforderungen an die Handkraft. ■ Die folgende Aktivität sei als selten möglich beurteilt worden: Arbeit über Schulterhöhe, vorgeneigtes Stehen/Sitzen, Hockepositionen und Stossen. ■ Die folgenden Aktivitäten seien als manchmal möglich beurteilt worden: Rotation im Stehen/Sitzen, Kriechen, Knien, wiederholte Kniebeugen, Sitzen, Stehen (und Gehen), Gehen sowie Treppensteigen. Bei allen durchgeführten Tests habe sich eine zeitlich deutlich reduzierte Belastbarkeit gezeigt. Dabei müsse gesagt werden, dass sich der Beschwerdeführer an beiden Testtagen leistungsbereit und konsistent gezeigt habe, weshalb die gemachten Beobachtungen als absolut plausibel beurteilt würden (IV-act. 89 S. 12). 5. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 20. Februar 2023 einen Rentenanspruch namentlich mit der Begründung, zumindest die Ausübung einer behinderungsgeeigneten – die Haut mechanisch nicht stark belastenden und körperlich leichten – Tätigkeit sei trotz der gesundheitlichen Beschwerden im hier relevanten Zeitraum ab Oktober 2020 zu 100 % zumutbar. Dabei stützte sie sich neben dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. H._____ vom

E. 5

Daraufhin liess die IV-Stelle A._____ monodisziplinär in der Fachrichtung Rheumatologie begutachten. Im Gutachten vom 21. Mai 2021 wies Dr. med. H._____ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Als ohne Auswirkungen darauf erachtete er

namentlich die Polyarthralgien an grösseren und kleineren Gelenken, wechselhaft in Lokalisation und Intensität seit mehreren Jahren, bei u.a. fehlender artikulärer Schwellung, Rötung oder Überwärmung (kein Hinweis auf Psoriasisarthritis) sowie bei myofacialem Schmerzsyndrom im Hüftbereich beidseits und im Schulter-Nacken-Bereich beidseits ohne Hinweis auf einen generalisierten Weichteilrheumatismus. Dr. med. H._____ erachtete A._____ in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer bzw. Chefkoch eines Cateringbetriebes zu 80 % arbeitsfähig, während in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe.

E. 5.1

Die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung erfolgt bei somatoformen Schmerzstörungen (BGE 141 V 281) wie auch bei sämtlichen psychischen Störungen (BGE 143 V 409 und 418) nach Vorliegen einer ärztlichen Diagnosestellung anhand eines strukturierten Beweisverfahrens anhand der sogenannten Standardindikatoren. Dasselbe gilt mit Blick auf vergleichbare rheumatologische Erkrankungen im Sinne einer Fibromyalgie: Zur Klärung deren invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz ist grundsätzlich ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_166/2022 vom 13. Oktober 2022 E.5, 8C_53/2022 vom 5. Juli 2022 E.4.2, 8C_103/2022 vom 10. Mai 2022 E.2.3, 8C_204/2021 vom 26. Mai 2021 E.4.1.3 und 9C_568/2019 vom 22. November 2019 E.5.6). Darin ist der Nachweis des funktionellen Schweregrades und der Konsistenz der Gesundheitsschädigung unter Verwendung sogenannter Indikatoren zu erbringen (vgl. Kreisschreiben über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Stand 1. Januar 2021, Rz. 1006). Die Kategorie "funktioneller Schweregrad" umfasst den Komplex "Gesundheitsschädigung" (mit den Indikatoren "Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde", "Behandlungserfolg oder -resistenz", "Eingliederungserfolg oder -resistenz" und "Komorbiditäten"), den Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) und den Komplex "Sozialer Kontext". Die Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens) umfasst die Komplexe "Gleichmässige Einschränkung des

- 26 - Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" und "Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck" (BGE 141 V 281 E.4.1.3; KSHI, Rz. 1006). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist (BGE 145 V 215 E.7, BGE 143 V 418 E.7.1; vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 9C_38/2022 vom 24. Mai 2022 E.4.6, 9C_587/2021 vom 31. Januar 2022 E.4.1 und 9C_197/2018 vom 5. Juni 2018 E.7). Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem konkreten Beweisbedarf. Ein strukturiertes Beweisverfahren bleibt etwa dann entbehrlich, wenn für eine – länger dauernde (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) – Arbeitsunfähigkeit nach bestehender Aktenlage keine Hinweise bestehen oder eine solche im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 145 V 215 E.7, BGE 143 V 409 E.4.5.3).

E. 5.2

Mit Blick auf die allgemeinen Beweisanforderungen (BGE 134 V 231 E.5.1, BGE 125 V 351 E.3a, BGE 122 V 157 E.1c mit Hinweisen, vgl. auch E.3.2 hiervor; vgl. auch BGE 144

V 50 E.4.3 betreffend die ärztliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung im strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 für die Prüfung der funktionellen Auswirkungen einer psychischen Erkrankung) ist festzustellen, dass das estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 in Kenntnis der Vorakten ergangen ist (vgl. IV-act. 80 S. 27 ff., S. 117 ff. und S. 156 ff.). Auch flossen die vom Beschwerdeführer gemachten Angaben zur Krankheitsentwicklung und zum jetzigen Leiden in die Gesamtbeurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeitseinschätzung mit ein (vgl. IV-act. 80 S. 11 ff., S. 61, S. 84, S. 100, S. 131 ff. und S. 163 f.). Dabei haben sich die Expertinnen und

- 27 - Experten mit den gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die klinischen, laborchemischen und testologischen Untersuchungen getroffen (vgl. IV-act. 80 S. 23 ff., S. 67 ff., S. 88, s. 103 f., S. 140 ff. und S. 167 ff.). Die gutachterlichen Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur versicherungsrechtlich relevanten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar begründet (vgl. IV-act. 80 S. 12 ff., S. 71 ff., S. 89 ff., S. 105 ff., S. 144 ff. und S. 171 ff.). Ferner ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend. Der rheumatologische bzw. orthopädische estimed-Teilgutachter Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, setzte sich entgegen der Kritik des Beschwerdeführers auch mit den vorbefundlichen Hinweisen auf eine Fibromyalgie auseinander, welche erstmals von der behandelnden Rheumatologin Dr. med. C._____ im Sinne einer Differenzialdiagnose ausgewiesen und sodann von den Dres. med. E._____ und F._____ im Sinne einer (hochgradigen) Verdachtsdiagnose aufgegriffen worden war (vgl. Bericht von Dr. med. C._____ vom 21. Oktober 2020 [IV-act. 25 S. 18], Bericht der Dres. med. E._____ und F._____ vom 30. April 2021 [IV-act. 45 S. 1 und S. 5], Berichte von Dr. med. F._____ und Assistenzarzt N._____ vom 6. August 2021 [IV-act. 56 S. 2 ff.], vom 21. Mai 2021 [IV-act. 45 S. 6 ff.] und von jenem mit Dr. med. E._____ vom 15. Juli 2021 [IV-act. 55 S. 2 f.], Bericht von Dr. med. F._____ und Assistenzarzt I._____ vom 3. Dezember 2021 [IV-act. 57 S. 2 ff.]). Zu dem von Dr. med. F._____ mit Bericht vom 3. Dezember 2021 geäusserten hochgradigen Verdacht auf ein mittelschweres Fibromyalgiesyndrom (vgl. hierzu IV-act. 57 S. 2 ff.) führte Dr. med. J._____ aus, bei der gutachterlichen Untersuchung sei

- 28 - lediglich die Tendenz zu einem Golferellenbogen beidseits genannt worden. Dadurch könnten jedoch weder nennenswerte Einschränkungen oder Auffälligkeiten im Bewegungsablauf noch bei gezielter Provokation festgestellt werden. Gegebenenfalls müsste der Golferellenbogen behandelt werden. Auch wenn Dr. med. F._____ im Bericht vom 3. Dezember 2021 der (hochgradige) Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom geäussert habe, so habe sie dies bei ihren weiteren Ausführungen nicht erhärten können. Bei der aktuellen gutachterlichen Untersuchung könnten keine Kriterien hierfür festgestellt werden, die ein rentenrelevantes Fibromyalgiesyndrom untermauern würden (vgl. IV-act. 80 S. 171 f.). Aus der Konsensbeurteilung des estimed-Gutachtens vom 28. Juni 2022 geht ferner hervor, dass die in den bisherigen Berichten differenzialdiagnostisch diskutierte Fibromyalgie aktuell zwar nicht gänzlich ausgeschlossen werden könne, sich bei der gutachterlichen Untersuchung jedoch kein beweisendes bzw. objektivierbares Korrelat hierfür fände, weshalb diese Diagnose aktuell nicht gestellt werden könne (vgl. IV-act. 80 S. 14). Diese Ausführungen sind insoweit nachvollziehbar, als die behandelnden Fachärztinnen und -ärzte das Fibromyalgiesyndrom in den den estimed-Gutachterinnen und

-Gutachter vorgelegten Berichten lediglich im Sinne einer Differenzialdiagnose bzw. einer (hochgradigen) Verdachtsdiagnose auswiesen (vgl. Bericht von Dr. med. C._____ vom

E. 5.3

Wenn die Dres. med. F._____ und K._____ in ihrem Bericht vom 11. August 2022 nun die Diagnose eines mittelschweren Fibromyalgiesyndroms (ICD-11 MG30.01) ausweisen (vgl. IV-act. 89 S. 14 f.), ist dem sich darauf abstützenden Beschwerdeführer entgegenzuhalten, dass diese den (bloss) hochgradigen Verdacht ablösende Diagnosestellung nicht vollends zu überzeugen vermag. Vorab ist darauf hinzuweisen, dass ärztliche Beurteilungen von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenzüge aufweisen (vgl. BGE 145 V 361 E.4.1.2 und 4.3, 140 V 193 E.3.1 sowie 137 V 210 E.3.4.2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_153/2021 vom 10. August 2021 E.5.3.2, 8C_138/2021 vom 7. Juni 2021 E.4.2 und 8C_699/2018 vom 28. August 2019 E.4.2.2). Nur weil die behandelnden Ärztinnen zu einer von der gutachterlichen abweichenden Einschätzung gelangen bzw. an vorgängig geäusserten Auffassungen festhalten, kann dies nicht zum Anlass weiterer

- 34 - Abklärungen genommen werden. Die Dres. med. F._____ und K._____ bringen in ihrem nach Kontaktaufnahme durch die Vertretung des Beschwerdeführer verfassten Bericht vom 11. August 2022 denn auch nichts vor, was bei der gutachterlichen Beurteilung durch die Fachärztinnen und -ärzte der estimed AG, insbesondere durch den rheumatologisch-orthopädischen Teilgutachter Dr. med. J._____, unerkannt oder ungewürdigt geblieben sein soll (vgl. BGE 135 V 465 E.4.5 f.; Urteile des Bundesgerichts 8C_308/2021 vom 4. Oktober 2021 E.5.1.2, 8C_313/2020 vom 12. August 2020 E.8.2.3, 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E.4.4.1 und 8C_379/2019 vom 21. August 2019 E.2). Vielmehr stimmen die im Bericht vom 11. August 2022 aufgeführten Schmerz- und Erschöpfungsmanifestationen, die im WPI und SSS-Fragebogen erreichten Punktzahlen sowie die Ergebnisse der durchgeführten neurologischen und rheumatologischen Abklärungen zusammen mit den vorgenommenen laborchemischen und bildgebenden Untersuchungen mit den Angaben in den bereits aktenkundigen Berichten von Dr. med. F._____ und den weiteren Ärztinnen und Ärzten überein (vgl. Bericht von Dr. med. F._____ und Assistenzarzt I._____ vom 3. Dezember 2021 [IV-act. 57 S. 2 ff.], Berichte von Dr. med. F._____ und Assistenzarzt N._____ vom 6. August 2021 [IV-act. 56 S. 2 ff.], vom

E. 5.4

Des Weiteren hielten die estimed-Gutachterinnen und -Gutachter in der Konsensbeurteilung in funktioneller Hinsicht fest, dass unabhängig davon, ob nun die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms nun gestellt werden könne oder nicht, aufgrund der rheumatologisch-orthopädischen (wie auch der neurologischen) Untersuchung keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende funktionelle Einschränkung festgehalten werden könne (vgl. IV-act. 80 S. 14). Dabei äusserte sich der rheumatologisch- orthopädische Teilgutachter Dr. med. J._____ insbesondere auch zu den Ergebnissen der Ende März 2022 in den Kliniken Valens durchgeführten EFL. Dabei identifizierten Physiotherapeut P._____ und sein Teamleiter Q._____ mit Bericht vom 22. März 2022 als arbeitsrelevante Probleme, dass der Beschwerdeführer verstärkte multiple Gelenkschmerzen bei längerer Belastung beklage, wobei sie keine Symptomausweitung feststellen konnten (Anm. des Gerichts: Das Berichtsdatum zur EFL [22. März 2022] kann angesichts der erst am 23./24. März 2022 durchgeführten EFL nicht stimmen, wird aber der Einfachheit halber

- 36 - beibehalten, da es für den Verfahrensausgang nicht entscheidend relevant ist). Zur arbeitsbezogenen funktionellen Belastbarkeit hielten sie fest, die beobachtete Belastbarkeit entspreche im Wesentlichen einer leichten Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis max. 10 kg). Zeitlich sollte eine ganztägige Belastung mit zusätzlichen Pausen von sechs Stunden über den Tag verteilt möglich sein. Denn infolge erheblicher Zunahme der Beschwerden und Verschlechterung der Funktionsfähigkeit bei länger dauernder Belastung und insbesondere bei einer Kumulation verschiedener Belastungsfaktoren sei eine wesentliche Reduktion der zeitlichen Arbeitsbelastung pro Tag erforderlich. Ferner bestünden diesbezüglich spezielle Einschränkungen: So sollte die Tätigkeit keine Anforderungen an die Handkraft stellen und nur selten Arbeiten über Schulterhöhe, mit vorgeneigtem Stehen/Sitzen, in Hockepositionen oder mit Stossen umfassen. Ebenso seien Rotationen im Stehen/Sitzen, Kriechen, Knien, wiederholte Kniebeugen, Sitzen, Stehen und Gehen sowie Treppen- und Leiternsteigen nur manchmal möglich (vgl. IV-act. 80 S. 181). An den Testergebnissen hielten die Kliniken Valens auch mit Stellungnahme vom 12. August 2022 fest (vgl. IV-act. 89 S. 12 f.).

E. 5.5

Diesen Ausführungen konnte der estimed-Experte Dr. med. J._____ in seinem rheumatologischen-orthopädischen Teilgutachten nicht folgen: Einerseits sei die dortige vorausgegangene Behauptung bzw. Diagnose, wonach es sich um eine Psoriasisarthritis handeln würde, falsch. Andererseits würden lediglich die Angaben des Beschwerdeführers verwertet, welcher nach Aufgabe seines eigenen Geschäfts keine nennenswerte Motivation habe, sich so darzustellen, wie es seiner körperlich objektiven Situation entspreche. Das reine Nachempfinden in der EFL lediglich aufgrund der Aussagen und Verhaltensweisen des Beschwerdeführers stehe in krassem Widerspruch zur objektiven körperlichen Befundung. Gleichermassen habe Dr. med. H._____ in

- 37 - seinem Gutachten vom 21. Mai 2021 in keiner Weise irgendwelche Anhaltspunkte für ein rheumatisches Geschehen feststellen können (vgl. IV-act. 80 S. 171 f.; siehe ferner auch Konsensbeurteilung im estimed- Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 13]). Tatsächlich geht im vorliegenden Fall aus dem EFL-Bericht vom 22. März 2022 der Kliniken Valens hervor, dass in diagnostischer Hinsicht namentlich von einer Psoriasisarthritis unter Humira ausgegangen wurde (vgl. IV-act. 80 S. 180; anstelle des Medikaments Humira müsste es wohl eher Skyrizi heissen, da im Herbst 2020 ein Therapiewechsel zurück auf dieses Medikament erfolgt war, vgl. Berichte von Dr. med. C._____ vom 21. Oktober 2020 [IV- act. 25 S. 18] und vom 7. November 2020 [IV-act. 25 S. 3] sowie Bericht von Dr. med. L._____ vom 19. Februar 2021 [IV-act. 31 S. 1] und rheumatologisches Gutachten von Dr. med. H._____ vom 21. Mai 2021 [IV-act. 42 S. 10]). In diesem Sinne stellten Physiotherapeut P._____ und sein Teamleiter Q._____ denn auch als arbeitsrelevantes Problem fest, dass der Beschwerdeführer bei längerer Belastung verstärkte multiple Gelenksschmerzen beklage (vgl. IV-act. 80 S. 181). Allerdings ist den estimed-Gutachterinnen und -Gutachter darin beizupflichten, dass den Akten nicht zu entnehmen ist, dass eine Psoriasisarthritis so diagnostiziert worden wäre (vgl. IV-act. 80 S. 13). Vielmehr wies der behandelnde Dermatologe Dr. med. B._____ in seinem Bericht vom 7. Januar 2020 neben einer mittelschweren bis schweren Psoriasis vulgaris bei teilweise auch bestehenden Gelenksbeschwerden an den Hüften und Knien sowie am Kiefergelenk bloss einen anamnestischen Verdacht auf eine Psoriasisarthritis aus, wobei er zugleich einräumte, dass noch keine rheumatologische Abklärung erfolgt sei (vgl. IV-act. 14 S. 7 f.;

siehe ferner ebenso Bericht vom 8. Juli 2020 mit hohem Verdacht auf eine Psoriasisarthritis bei noch ausstehendem Termin im Rheumatologie- Zentrum Zürich Oberland bei Dr. med. C._____ [IV-act. 18]). Anhand der in der Folge durchgeführten klinischen Untersuchungen durch die

- 38 - behandelnde Rheumatologin Dr. med. C._____ sowie die durch sie veranlassten bildgebenden und laborchemischen Untersuchungen, welche keine humorale Entzündungsaktivität zeigten, konnten keine entzündlichen Veränderungen festgestellt werden. So hielt Dr. med. C._____ in ihrem Bericht vom 12. Juni 2020 bei diagnostizierten Arthralgien der grossen und kleinen Gelenke fest, bei klinisch fehlenden sicheren Hinweisen für Arthritiden hätten sich sonografisch lediglich leichte Schwellungen an einzelnen MTP-Gelenken gezeigt. Eine Zweiphasenskelettszintigrafie habe keine ergänzenden Hinweise für ein entzündliches Geschehen ergeben. Es sei sogar eine MRI-Untersuchung der LWS und des ISG sowie der Vorfüsse beidseits durchgeführt worden, ohne dass arthritische Veränderungen dokumentiert worden seien. Im Bereich der Vorfüsse hätten sich lediglich ödematöse Veränderungen im Nagelbett von Dig. I und II beidseits gezeigt, was möglicherweise Enthesitiden entsprechen könnte. Insgesamt liessen sich somit keine sicheren entzündlichen Gelenk- und Wirbelsäulenmanifestationen erfassen; ebenso wenig seien die Beschwerden durch degenerative Veränderungen erklärbar (vgl. IV-act. 25 S. 9 ff.; vgl. ferner MRI der LWS und des Beckens/ISG vom 30. Juni 2020 [IV-act. 42 S. 35], MRI beider Füsse vom 3. Juli 2020 [IV-act. 42 S. 30 f.]; siehe ferner MRI des Schädels und der HWS vom 20. Januar 2021 [IV-act. 42 S. 32]). Desgleichen führte Dr. med. H._____ in seinem rheumatologischen Gutachten vom 21. Mai 2021 im Rahmen der von ihm ohne funktionelle Auswirkungen ausgewiesenen Polyarthralgien an grösseren und kleineren Gelenken auf eine fehlende artikuläre Schwellung, Rötung oder Überwärmung hin, womit er feststellte, dass kein Hinweis auf eine Psoriasisarthritis bestehe (vgl. IV-act. 42 S. 18). Daneben konstatierte er, dass bis zum heutigen Tage von keinem behandelnden Arzt je eine Synovitis habe objektiviert werden können. Auch kernspintomographisch habe sich in den MRI- Bildern der Füsse beidseits, der HWS, der LWS und der ISG bzw. des

- 39 - Beckens nie ein Hinweis für eine entzündliche rheumatische Erkrankung gezeigt. Auch laborchemische Abklärungen hätten keine humorale Aktivität ergeben und die weiteren Abklärungen (Rheumafaktor, ANA, anti- CCP, HLA-B27) seien negativ geblieben (vgl. IV-act. 42 S. 21). Gleichermassen stellte letztlich auch der rheumatologisch-orthopädische estimed-Teilgutachter Dr. med. J._____ im Rahmen seiner Befunderhebung fest, dass sämtliche Gelenke des Beschwerdeführers nicht entzündlich verändert (gewesen) seien (vgl. IV-act. 80 S. 168 f.). Daraus folgerte er in diagnostischer Hinsicht, dass im gutachterlichen Untersuch im Bereich des gesamten Bewegungsapparats keine Auffälligkeiten hätten gefunden werden können. Die durchgeführten bildgebenden Untersuchungen (MRI des Beckens/ISG, der LWS, der Füsse etc.) hätten keine rheumatischen oder wegweisenden Befunde ergeben. Weder in der Vergangenheit noch aktuell hätten Gelenksschwellungen, Rötungen, Überwärmungen oder gar Ergüsse festgestellt werden können. Auch sei die Rheumaserologie zu jeder Zeit unauffällig gewesen (vgl. IV-act. 80 S. 171). Zudem stellte Dr. med. J._____ klar, dass das Medikament Skyrizi® nicht wegen einer orthopädisch-rheumatischen Erkrankung verabreicht worden sei, sondern wegen der ausgeprägten Psoriasis vulgaris, welche unter dieser Therapie verschwunden sei (vgl. IV-act. 80 S. 172). Wenn daher Physiotherapeut

P._____ und sein Teamleiter Q._____ im EFL-Bericht vom 22. März 2022 die vom Beschwerdeführer im Rahmen der Testung seiner Leistungsfähigkeit angegebenen Schmerzmanifestationen an verschiedenen Stellen für plausibel erachteten (vgl. IV-act. 80 S. 188 ff.) und sie die Testergebnisse bei der Einschätzung der arbeitsbezogenen Belastbarkeit sogar etwas reduzierten, um einer Verschlechterung der angenommenen Psoriasisarthritis nicht Vorschub zu leisten (vgl. IV-act. 80 S. 183), kann ihnen angesichts der vorgenannten medizinischen Sachlage – auch wenn eine Psoriasisarthritis gemäss estimed-Konsensbeurteilung

- 40 - nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann (vgl. IV-act. 80 S. 14) – nicht gefolgt werden. Daran vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass Teamleiter Q._____ mit Stellungnahme vom 12. August 2022 – ohne neue Begründungselemente anzuführen – an der Beurteilung einer zeitlich deutlich reduzierten Belastbarkeit festhielt (vgl. IV-act. 89 S. 12). Vielmehr erscheint es angesichts der gutachterlich festgestellten, weitgehend unauffälligen somatischen Befundlage (vgl. hierzu E.4.10) plausibel, wenn im estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 ausgeführt wird, dass die Ergebnisse der EFL in krassem Widerspruch zur objektiven körperlichen Befundung stünden (vgl. IV-act. 80 S. 13), und Letztere aus gutachterlicher Sicht – wie nachfolgend aufgezeigt wird – schliesslich für massgeblich erachtet wurde.

E. 5.6

Zwar ist dem Beschwerdeführer darin beizupflichten, dass eine EFL rechtsprechungsgemäss – neben den medizinischen Befunden und Diagnosen – durchaus geeignet für eine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit bei Erkrankungen des Bewegungsapparates ist; denn damit wird die Fähigkeit eines Individuums gemessen, manuelle Tätigkeiten zu verrichten, und der Zeitraum geschätzt, während dessen die Explorandin oder der Explorand diese im Verlaufe eines ganzen Tages auszuüben imstande ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_764/2014 vom 21. Juli 2015 E.3.2.1 und 8C_606/2012 vom 3. Dezember 2012 E.3.4, 8C_547/2008 vom 16. Januar 2009 E.4.2.1; vgl. ferner für den Zweck eines solchen ergonomischen EFL-Assessments Urteil des Bundesgerichts 9C_168/2018 vom 8. Mai 2018 E.4.2.2). Vorliegend ist dem Beschwerdeführer zugute zu halten, dass im Rahmen der EFL von Seiten von Physiotherapeut P._____ und seinem Teamleiter Q._____ mit Bericht vom 22. März 2022 keine Symptomausweitung festgestellt werden konnte (vgl. IV-act. 80 S. 181; siehe ferner auch Stellungnahme vom 12. August 2022 [IV-act. 89 S. 12]). Allerdings hielten

- 41 - sie zugleich fest, dass die EFL-Abklärung ohne ärztliche Supervision und Beurteilung in Auftrag gegeben worden sei. Entsprechend seien im Bericht nur die Befunde und Beurteilungen des durchführenden Therapeuten formuliert. Für eine ärztliche Zumutbarkeitsbeurteilung seien unter Umständen ergänzend medizinische und versicherungsmedizinische Aspekte zu berücksichtigen, welche eventuell Korrekturen an der in diesem Bericht formulierten Belastbarkeit erforderlich machten (vgl. IV-act. 80 S. 180). Genau dies hielt der rheumatologisch-orthopädische estimed-Teilgutachter Dr. med. J._____ gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde anlässlich der klinischen, laborchemischen und der bekannten bildgebenden Untersuchungen sowie in Würdigung versicherungsmedizinischer Aspekte für angezeigt. Dabei erscheint es angesichts der – wie dargelegt – weitgehend unauffälligen Befundungen am Bewegungsapparat des Beschwerdeführers (namentlich ohne Gelenksschwellungen, Rötungen, Überwärmungen oder gar Ergüssen), der durchgeführten bildgebenden Untersuchungen, welche keine

rheumatischen oder wegweisenden Befunde ergaben, und der unauffälligen Rheumaserologie nachvollziehbar, wenn Dr. med. J._____ einen krassen Widerspruch der EFL-Ergebnisse zur objektiven körperlichen Befundung feststellte und schliesslich auf Letztere abstellte, gestützt auf welche keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende funktionelle Einschränkungen ausgewiesen werden konnte (vgl. IV-act. 80 S. 171 f.; siehe ferner auch Konsensbeurteilung im estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 13 ff.]). Insofern sind auch die aktenkundigen, von der behandelnden Rheumatologin Dr. med. C._____ diagnostizierten Arthralgien der grossen und kleinen Gelenke (mit begleitenden myofascialen Befunden unklarer Ätiologie) (vgl. hierzu Berichte vom 12. Juli 2020, vom 6. September 2020, vom 21. Oktober 2020 und vom 7. November 2020 [IV-act. 25]) zu relativieren (siehe ferner der über weite Strecken unauffällige Befund im Bericht von Dr. med. C._____ vom

- 42 - 12. Juli 2020 [IV-act. 25 S. 11]: "Druckdolenz und fragliche minime Schwellung der Handgelenke bds. Diffuse Druckdolenz in den PIP- Gelenken ohne sichere Synovitiden. Ellenbogen und Schultergelenke normal beweglich, aktuell keine Schmerzen provozierbar. Gelenke der unteren Extremitäten ohne Druckdolenz oder Synovitiden. HWS mit normale[r] Beweglichkeit, lokale Druckdolenz parazervikal bds. BWS- und LWS-Beweglichkeit normal [...]. Keine Druckdolenz über den Iliosakralgelenken. Peripher neurologische Untersuchung unauffällig. Keine DD/Schwellungen im Bereich der Fersen. Integument ohne Psoriasis-Veränderungen."). Bezeichnenderweise wurde denn auch diskrepant zur beklagten Schmerzsituation beim Beschwerdeführer – abgesehen von einer bedarfsweisen Einnahme von Ponstan® bei Migräne – keine Schmerzmedikation etabliert (vgl. estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 14, S. 63, S. 100, S. 102 und S. 164]; siehe ferner Bericht von Dr. med. C._____ vom 6. September 2020 [IV-act. 25 S. 15 und S. 17]) und auch anlässlich der durchgeführten, zweitägigen EFL nahm der Beschwerdeführer trotz beklagter Zunahme der Schmerzintensität keine zusätzlichen Medikamente ein (vgl. EFL-Bericht vom 22. März 2022 [IV-act. 80 S. 190]). Zudem hat der Beschwerdeführer nach seinen Angaben die Schmerztherapie aufgegeben und er sucht auch sonst keine regelmässige Behandlung auf (vgl. estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 139]; siehe ferner Bericht von Dr. med. F._____ und Assistenzarzt I._____ vom 3. Dezember 2021 [IV-act. 57 S. 3 f.]). Ebenso wenig vermag es angesichts des gutachterlich festgestellten unauffälligen Gangbilds zu überzeugen, wenn der Beschwerdeführer anlässlich der EFL-Testung des Gehvermögens im sechsminütigen Gangtest mit steifer Rumpfhaltung, etwas vergrösserter Spurbreite und einem rechtsseitigen Hinken ging und dabei zunehmende Hüft- und Knieschmerzen beklagte (vgl. IV-act. 80 S. 189). Dies steht in einem Spannungsverhältnis zu seiner Aussage gegenüber

- 43 - Dr. med. F._____ im Bericht vom 3. Dezember 2021, wonach er gerne alleine laufe und dabei vier bis fünf Kilometer schaffe, wobei (erst) danach Schmerzen in den Knien und Hüften beginnen würden (vgl. IV-act. 57 S. 3; siehe ferner auch seine Angaben im estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 133]). Im Weiteren geht aus dem Bericht von Dr. med. F._____ und Assistenzarzt N._____ vom 6. August 2021 hervor, dass der Beschwerdeführer ca. zweimal pro Woche eine Motorradtour unternahme, obgleich er anschliessend stark erschöpft sei (vgl. IV-act. 56 S. 3; vgl. ferner estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 66, S. 102 und S. 132]). Angesichts der mit dem Motorradfahren einhergehenden körperlichen Belastungen erweisen sich die im Rahmen der EFL erzielten Testergebnisse, insbesondere der unterdurchschnittlichen Handkraft, und

die zahlreichen Testabbrüche unter Angabe von Rücken-, Hüft-, Schulter- und Handschmerzen als erklärungsbedürftig (vgl. IV-act. 80 S. 188 ff.). Ebenso zeichnet sich die im EFL-Bericht vom 22. März 2022 und mit Stellungnahme vom 12. August 2022 bestätigte erhöhte Pausenbedürftigkeit – auch in einer leichten Tätigkeit – von sechs Stunden über den Tag verteilt (vgl. IV-act. 80 S. 181) bereits zur Angabe des Beschwerdeführers im Bericht vom 3. Dezember 2021 diskrepant, worin er angegeben hatte, 30 % bis 40 % zu arbeiten (vgl. IV-act. 57 S. 3). Dabei ist aktenkundig, dass er Nusstorten und Ravioli herstellt (vgl. Bericht der Dres. med. E._____ und F._____ vom 30. April 2021 [IV-act. 45 S. 3 f.], estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 13, S. 38, S. 42, S. 64 f., S. 85, S. 102, S. 120, S. 133, S. 137 und S. 184], rheumatologisches Gutachten von Dr. med. H._____ vom 21. Mai 2021 [IV-act. 42 S. 11 f.] und Bericht von Dr. med. L._____ vom

E. 6

Gegen den daraufhin am 8. Juni 2021 erlassenen Vorbescheid liess A._____ Einwand erheben. Dabei reichte er namentlich den Bericht vom 3. Dezember 2021 von Dr. med. F._____ und Assistenzarzt I._____ ein, welche einen hochgradigen Verdacht auf ein mittelschweres

- 4 - Fibromyalgiesyndrom auswiesen bei chronischem und invalidisierendem sowie therapieresistentem Schmerzsyndrom mit Arthralgien der kleinen und grossen Gelenke, Myalgien und Kopfschmerzen sowie einem Erschöpfungssyndrom.

E. 6.1

Bei einem unbestrittenen gebliebenen Valideneinkommen von CHF 78'000.-- (vgl. hierzu Fragebogen für Selbständigerwerbende vom 12. Juni 2020 [IV-act. 16 S. 3]; siehe ferner Auszug aus dem individuellen Konto vom 24. Januar 2023 [IV-act. 92]) und einem gestützt auf die LSE- Tabellen bemessenen Invalideneinkommen von CHF 65'815.10 (LSE 2020, Tabelle TA 1 [veröffentlicht am 23. August 2022, d.h. vor Verfügungszeitpunkt, vgl. BGE 143 V 295 und Urteil des Bundesgerichts 9C_15/2018 vom 2. Juli 2018 E.4.3], Kompetenzniveau 1, Zeile Total, Männer, Arbeitsfähigkeit 100 %, umgerechnet auf die wöchentliche durchschnittliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden = CHF 5'261.-- x 12 : 40 x 41.7) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 16 %. Ein solcher verleiht keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Selbst wenn ein Abzug vom Tabellenlohn gewährt würde, würde ein solcher 10 % jedenfalls nicht übersteigen, so dass immer noch ein Invaliditätsgrad resultierte, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente zu begründen vermöchte ([Valideneinkommen von CHF 78'000.-- - Invalideneinkommen von CHF 59'233.60 {CHF 65'815.11 x 0.9}] x 100 : CHF 78'000.-- = Invaliditätsgrad von gerundet 24 %).

E. 6.2

Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

- 46 - 7. Laut Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. fbis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um 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. Diese sind vom unterliegenden Beschwerdeführer zu tragen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht kein Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu (vgl. Art. 61 lit. g ATSG e contrario). III. Demnach erkennt das Gericht:

E. 7

Daraufhin veranlasste die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Dermatologie und Venerologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie sowie Neurologie samt Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in den Kliniken Valens. Der Begutachtungsauftrag wurde der estimed AG zugeteilt (nachfolgend estimed-Gutachten). In der am 28. Juni 2022 erstatteten Expertise wiesen die Gutachterinnen und Gutachter eine Psoriasis vulgaris mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aus. Hinsichtlich der funktionellen Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde führten sie aus, dass aus dermatologischer Sicht Tätigkeiten mit starker mechanischer Belastung der Haut aufgrund einer möglichen Köbnerisierung gemieden werden sollten. Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben sich hieraus allerdings nicht. Sie erachteten A._____ sowohl in seiner angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Diese Arbeitsfähigkeitseinschätzung erging dabei in Berücksichtigung der Resultate der durchgeführten EFL, welche eine ganztags mögliche leichte Tätigkeit mit zusätzlichen Pausen von sechs Stunden über den Tag verteilt ergaben, denen jedoch gemäss dem rheumatologisch-orthopädischen estimed-Teilgutachter Dr. med. J._____ nicht gefolgt werden konnte.

E. 8

Mit Vorbescheid vom 7. Juli 2022 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens von A._____ an. Zum Abklärungsergebnis führte sie gestützt auf das eingeholte polydisziplinäre Gutachten aus, gemäss den Fachärzten liege summarisch keine beeinträchtigende Erkrankung vor, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse. Sowohl die angestammte

- 5 - Tätigkeit in der Gastronomie als auch adaptierte Tätigkeiten ohne mechanische Belastung der Haut hätten in der Vergangenheit ausgeübt werden können und könnten auch in der Zukunft ausgeführt werden. Gemäss Gutachten liege weder ein invalidisierender Gesundheitsschaden noch eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit vor. Retrospektiv seien lediglich temporäre Arbeitsunfähigkeiten nachvollziehbar bei zeitweilig aufgetretenen Psoriasissschüben. Die anhaltend subjektiv beklagten diffusen Schmerzen sollten medikamentös eingestellt werden.

E. 9

Dagegen liess A._____ am 1. September 2022 Einwand erheben. Diesem legte er auch einen Bericht der Dres. med. F._____ und K._____ vom

E. 11

Mit dagegen beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erhobener Beschwerde vom 20. März 2023 liess A._____ (nachfolgend Beschwerdeführer) in Aufhebung der Verfügung vom 20. Februar 2023 beantragen, ihm sei ab dem 1. Oktober 2020 eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache an die IV-Stelle zurückzuweisen, um bei anderen Gutachtern die medizinische Diagnose zu klären und die Leistungsfähigkeit

eingehend abzuklären. Zur Begründung brachte er im Wesentlichen vor, es dürfe nicht auf das estimed-Gutachten abgestellt werden, da der orthopädische Gutachter Dr. med. J. _____ sämtliche Diagnosen ablehne und auf eine volle Arbeitsfähigkeit schliesse. Dies sei aber falsch, weil es eine gesicherte Diagnose gebe, welche seine Leistungsfähigkeit einschränke. So begründe Dr. med. F. _____, dass er alle Kriterien einer Fibromyalgie erfülle. Sodann gebe es auch eine konkrete und objektivierte Prüfung der Leistungsfähigkeit durch eine EFL. Diese habe klar ergeben, dass seine Leistungsfähigkeit bei einem Pausenbedarf von sechs Stunden pro Tag erheblich eingeschränkt sei. Bei einem Arbeitstag von 8.5 Stunden entspreche dies einer Arbeitsfähigkeit von rund 30 %. Das Invalideneinkommen belaufe sich somit auf CHF 19'744.50 (30 % von CHF 65'815.--), was bei einem Valideneinkommen von CHF 78'000.-- einen Invaliditätsgrad von 75 % ergebe. Daher bestehe ein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab dem 1. Oktober 2020. Sollte diese Berechnung nicht übernommen werden, so werde eine Rückweisung beantragt, damit seine

- 7 - Leistungsfähigkeit in einem anderen Institut und unter Durchführung einer nachvollziehbaren Indikatorenprüfung festgestellt werde.

E. 12

Die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) schloss in ihrer Vernehmlassung vom 13. April 2023 auf Abweisung der Beschwerde und verwies zur Begründung auf die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2023. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtschriften, die angefochtene Verfügung vom 20. Februar 2023 sowie die weiteren Akten wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

II. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV- Stelle des Kantons Graubünden vom 20. Februar 2023. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügbaren IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als dem örtlich und sachlich zuständigen 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] 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 er 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 zudem frist- und formgerecht eingereicht

- 8 - (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 38 f. sowie Art. 61 lit. b ATSG). Darauf ist somit einzutreten. 2. Streitgegenstand bildet die Frage des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers, welcher angesichts der Anmeldung im April 2020 gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Oktober 2020 (d.h. sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs) entstehen kann, sofern bis dahin das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG als erfüllt betrachtet werden kann. Diesbezüglich ergibt sich aus den Akten, dass dem Beschwerdeführer eine seit dem 25. Oktober 2019 bestehende, durchgehende Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 100 % bescheinigt wurde (vgl. ärztliches Zeugnis von Dr. med. B. _____ vom 24. März 2020 [IV-act. 5] und Bericht von Dr. med. B. _____ vom 27. April 2020 [IV-act. 14 S. 2] sowie Bericht von Dr. med. C. _____ vom 12. Juli 2020 [IV-act. 25 S. 10] und diverse von ihr ausgestellte Arbeitsunfähigkeitszeugnisse [IV-act. 29 S. 1 ff.]; siehe ferner Bericht von Dr. med.

L._____ vom 19. Februar 2021 [IV-act. 31], Anmeldung vom 22. April 2020 [IV-act. 2 S. 4] sowie Krankmeldung vom 27. März 2020 [IV-act. 28 S. 2]), wobei gestützt auf das rheumatologische Gutachten von Dr. med. H._____ vom 21. Mai 2021 mit dem Abklingen der Hautveränderungen im Rahmen der Psoriasis ab September 2020 durch den Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. med. M._____ lediglich noch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in bisheriger Tätigkeit angenommen wurde (vgl. Case Report vom 20. Februar 2023 [IV-act. 94 S. 16 f.] und rheumatologisches Gutachten von Dr. med. H._____ vom 21. Mai 2021 [IV-act. 42 S. 25 f.]; siehe aber Berichte von Dr. med. C._____ vom 6. September 2020 [IV 25 S. 15], vom 21. Oktober 2020 [IV-act. 25 S. 19] und vom 7. November 2020 [IV-act. 25 S. 2] sowie die von ihr ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnisse [IV-act. 29 S. 4 f.]; vgl. auch Nachricht vom 19. Oktober 2020 [IV-act. 20]). Sollte demnach

- 9 - ein auch in angestammter Tätigkeit funktionelle Auswirkungen zeitigender Gesundheitsschaden vorliegen, wäre dieses als im Oktober 2020 erfüllt zu betrachten, womit ein Rentenanspruch – wie bereits in der angefochtenen Verfügung festgehalten (vgl. IV-act. 93 S. 2) – ab dem 1. Oktober 2020 entstünde, sofern dazumal ein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % vorlag (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG).

E. 13

Februar 2019 E.4.3.1, 8C_909/2017 vom 26. Juni 2018 E.8 und 9C_393/2017 vom 20. September 2017 E.5.3.1). Die Annahme einer Invalidität bedingt rechtsprechungsgemäss in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das

- 11 - (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (siehe BGE 145 V 215 E.6.3, 139 V 547 E.5.2, 136 V 279 E.3.2.1 und 127 V 294 E.5a mit Hinweisen; Urteile des Bundesgerichts 9C_468/2021 vom 13. Dezember 2021 E.2.2.2, 8C_415/2021 vom 13. Oktober 2021 E.4.1, 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E.4.2; vgl. zum Ganzen KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2020, Art. 7 Rz. 22 ff.).

E. 18

Januar 2021 verneinte Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, sodann Hinweise auf eine Polyneuropathie. Auch erscheine eine Small-fiber-Neuropathie bzw.

- 16 - paraneoplastische sensible Ganglionopathie als seltene Ursachen für neuropathische Schmerzen eher unwahrscheinlich. Für eine Myopathie bzw. Myositis ergäben sich ebenfalls keine Anhaltspunkte. Zudem erschien Dr. med. D._____ das Vorliegen einer Fibromyalgie aufgrund der klinischen Präsentation und der Befunde (keinerlei typische Druckpunkte) sehr unwahrscheinlich (IV-act. 33 S. 2).

E. 21

Mai 2021 [IV-act. 45 S. 6 ff.] und von jenem mit Dr. med. E._____ vom 15. Juli 2021 [IV-act. 55 S. 2 f.] sowie Bericht der Dres. med. E._____ und F._____ vom 30. April 2021 [IV-act. 45 S. 1 und S. 5]). Da darin lediglich ein (hochgradiger) Verdacht auf das Vorliegen eines (mittelschweren [bis schweren]) Fibromyalgiesyndroms geäussert worden war, vermag nicht einzuleuchten, weshalb im Gegensatz dazu mit Bericht vom 11. August 2022 nun die Diagnose eines mittelschweren Fibromyalgiesyndroms gestellt werden konnte. Insbesondere wurden – wie dargelegt und entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – keine weiteren Abklärungen veranlasst bzw. entsprechende neue

- 35 - Untersuchungsergebnisse angeführt, welche eine solche Diagnosestellung rechtfertigen würden. Vielmehr scheinen die Dres. med. F._____ und K._____ hierfür nach wie vor massgeblich auf die gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers erzielten Fragebogenbewertungen abzustellen, indem sie im Bericht vom 11. August 2022 ausführten, der Beschwerdeführer erfülle die Diagnosekriterien für eine Fibromyalgie, und in Klammern den WPI und die SSS anführten (vgl. IV-act. 89 S. 14). Dies ist allerdings aus den bereits hiervoor genannten Gründen zu den Diagnosekriterien genauso zu relativieren, wie die Ausführungen der Dres. med. F._____ und K._____, wonach sie nach Ausschluss anderweitiger Ursachen beim Beschwerdeführer von einer Fibromyalgie ausgingen (vgl. hierzu E.5.2 oben).

E. 24

Dezember 2020 [IV-act. 31 S. 6]), was angesichts der stehend und teilweise vorgeneigt auszuübenden Arbeiten nicht mit dem gemäss EFL ausgewiesenen Zumutbarkeitsprofil vereinbar scheint (vgl. insbesondere Stellungnahme vom 12. August 2022 [IV-act. 89 S. 12]). Schliesslich ist

- 44 - relativierend anzumerken, dass die nach Aussagen des Beschwerdeführers bereits seit mehreren Jahren bestehenden Schmerzen in den grösseren und kleineren Gelenken während seiner Erwerbstätigkeit als Koch nie zu einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit geführt haben (vgl. rheumatologisches Gutachten von Dr. med. H._____ vom 21. Mai 2021 [IV-act. 42 S. 18 f.]; siehe ferner Berichte von Dr. med. C._____ vom 6. September 2020 [IV-act. 25 S. 15 und S. 17] und vom 12. Juli 2020 [IV-act. 25 S. 9] sowie estimed-Gutachten vom

E. 28

Juni 2022 [IV-act. 80 S. 45, S. 124, S. 131 und S. 157]). 6. Insgesamt ergibt sich somit, dass die Vorbringen des Beschwerdeführers und die von ihm beigebrachten Berichte, insbesondere jener der Dres. med. F._____ und K._____ vom 11. August 2022 und die Stellungnahme der Kliniken Valens vom 12. August 2022, nicht geeignet sind, Zweifel am estimed-Gutachten vom 28. Juni 2022 zu erwecken und dessen Beweiswert zu schmälern. Konkrete Anhaltspunkte, welche gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise – auch mit Blick auf die Beurteilungen in den anderen (als der rheumatologisch-orthopädischen) Fachrichtungen – sprechen würden, sind nicht ersichtlich. Gegen die weiteren Teilgutachten

des estimated-Gutachtens vom 28. Juni 2022 bringt der Beschwerdeführer denn auch nichts vor. Es ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin – selbst bei Annahme eines erfüllten Wartejahrs (vgl. Case Report vom 20. Februar 2023 [IV-act. 94 S. 24 und S. 17]) – für den hier massgeblichen Zeitraum ab Oktober 2020 auf die darin ausgewiesene 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit abstellte (vgl. zur retrospektiven Arbeitsfähigkeitseinschätzung in leidensangepasster Tätigkeit: estimated-Gutachten vom 28. Juni 2022 [IV-act. 80 S. 15] und rheumatologisches Gutachten von Dr. med. H. _____ vom 21. Mai 2021 [IV-act. 42 S. 26] sowie RAD-Abschlussbeurteilungen vom 5. Juli 2022 [IV-act. 94 S. 22 f.] und vom 7. Juni 2021 [IV-act. 94 S. 15

- 45 - f.)). Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragte Rückweisung zur Einholung eines neuen Gutachtens zu den medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebende Leistungsfähigkeit 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 144 V 361 E.6.5, 136 I 229 E.5.3, 134 I 140 E.5.3, siehe auch Urteil des Bundesgerichts, 8C_542/2022 vom 19. April 2022 E.9).

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