

# **GR\_GERICHTE S 2013 152 vom 17. Juni 2014**

GR Gerichte, 2014-06-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2013\\_152](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2013_152)

FR: GR\_GERICHTE S 2013 152 du 17 juin 2014

IT: GR\_GERICHTE S 2013 152 del 17 giugno 2014

## **Regeste**

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 3**

In der Folge hielt sich A.\_\_\_\_\_ (vom 16. Mai bis 4. Juni 2011) stationär in der Klinik 01.\_\_\_\_\_ auf. Im Austrittsbericht vom 9. Juni 2011 wurde festgehalten, dass A.\_\_\_\_\_ in ihrer bisherigen Tätigkeit als Köchin in einer Grossküche höchstens noch für Vorbereitungsarbeiten oder administrative Tätigkeiten einsetzbar sei. Sofern dafür keine Einsatzmöglichkeit bestünde, wäre sie in der bisherigen Tätigkeit als zu 100 % arbeitsunfähig einzustufen. In einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitiven Krafteinsatz des rechten Armes sei sie medizinisch-theoretisch aber noch zu 100 % arbeitsfähig.

### **E. 4**

Im MEDAS Gutachten des Zentrums für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung AG (ZIMB), Schwyz, vom 19. August 2012 – mit Teilgutachten betreffend Rheumatologie, Psychiatrie und Innere Medizin vom 31. Mai, 4. Juni und 6. Juni 2012 – wurde A.\_\_\_\_\_ gesamthaft eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (als Köchin) wie auch in jeder Verweisungstätigkeit attestiert.

- 3 -

### **E. 5**

Im Abschlussbericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 30. Oktober 2012 wurden die Ergebnisse im Gutachten ZIMB als überzeugend und nachvollziehbar beurteilt, weshalb darauf abzustellen sei.

### **E. 6**

Am 10. April 2013 erliess die IV-Stelle einen Vorbescheid, wogegen A.\_\_\_\_\_ Einspruch erhob.

### **E. 7**

Mit Verfügung vom 11. November 2013 sprach die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ ab dem 1. Januar 2011 eine ganze Invalidenrente (IV-Rente) – auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit – befristet bis zum 30. September 2011 (das heisst drei Monate ab Verbesserung des Gesundheitszustands) zu; danach sei keine rentenbegründende Invalidität mehr ausgewiesen. Ab dem Zeitpunkt des Klinikaustritts in 01.\_\_\_\_\_ am 5. Juni 2011 sei A.\_\_\_\_\_ in einer adaptierten (leidensangepassten) Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig einzustufen. Die durchgeführten Aufbautrainings in der Zeitspanne vom 14.

November 2011 bis 31. Mai 2012 hätten nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Das Valideneinkommen für 2011 (Jahresverdienst als gesunde Köchin) belaufe sich auf Fr. 77'194.05. Das mutmassliche Invalideneinkommen (noch erzielbarer Jahresverdienst trotz Behinderung) sei anhand der statistischen Lohnstrukturerhebungen (LSE 08, Anforderungsprofil 4, 100 % arbeitsfähig, Leidensabzug 5 % für leichte Arbeiten) mit Fr. 50'825.60 zu beziffern, womit ein Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 34.16 % resultiere. Neben dem Austrittsbericht der Klinik 01.\_\_\_\_\_ vom 9. Juli 2012 sowie der Beurteilung des RAD vom 30. Oktober 2012 sei vor allem auf das Gutachten ZIMB vom 19. August 2012 abzustellen, worin A.\_\_\_\_\_ interdisziplinär in der angestammten Tätigkeit als Köchin ab sofort bzw. in einer adaptierten Tätigkeit seit Austritt aus der Klinik 01.\_\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Selbst wenn A.\_\_\_\_\_ in der angestammten Tätigkeit noch zum Teil eine gewisse Arbeitsunfähigkeit zugebilligt würde, so wäre sie in einer adap-

- 4 - tierten Tätigkeit seit dem 5. Juni 2011 stets noch zu 100 % arbeitsfähig, weshalb ab dem 30. September 2011 (Einhaltung 3-Monatsfrist) auch kein Rentenanspruch mehr bestehe.

## **E. 8**

Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) am 12. Dezember 2013 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden mit den Begehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung, soweit ihr darin eine ganze IV-Rente ab dem 30. September 2011 verweigert worden sei; eventuell sei ihr zumindest eine Teilrente zuzusprechen. Ihre Erwerbstätigkeit sei mittels Einholung eines Zweitgutachtens, d.h. eines weiteren interdisziplinären Gutachtens, und/oder mittels Einholung eines Obergutachtens bei einem unabhängigen Schulter-Arm-Spezialisten festzustellen. Subeventuell sei die ganze Sache zur Neuurteilung an die IV-Stelle zurückzuweisen. – Zur Begründung ihrer Anträge brachte die Beschwerdeführerin vor, dass das Gutachten ZIMB in sich widersprüchlich, teilweise nicht nachvollziehbar und unvollständig sei. Es ermögliche daher keine zuverlässige Beurteilung ihres Leistungsanspruchs. Das betreffende Gutachten stehe auch im Widerspruch zu den übrigen Arztberichten. Mehrere Therapien hätten zu keiner Verbesserung ihres Gesundheitszustands geführt. Es sei deshalb unverständlich, wieso sie plötzlich wieder voll arbeitsfähig sein sollte, obschon sich ihr allgemeiner Gesundheitszustand seit dem 30. September 2011 (bis dahin ganze IV-Rente) nicht gebessert habe. Das Gutachten ZIMB liefere dafür keine stichhaltige Begründung. Es seien daher weitere Abklärungen erforderlich. Wegen der Schmerzen bei der Anhebung bzw. der Bewegung der rechten Schulter bestehe auch in einer adaptierten Tätigkeit keine volle Arbeitsfähigkeit. Das Teilgutachten betreffend psychiatrische Beurteilung im Gutachten ZIMB sei unvollständig. Es seien dort keine Tests und keine Abklärungen bezüglich psychosomatischer Störungen erfolgt, weshalb die betreffende Abklärung als oberflächlich taxiert werden müsse. Das er-

- 5 - wähnte Gutachten äussere sich zudem auch nicht zur diagnostizierten Mitralklappenstenose, weshalb auch diesbezüglich weitere Abklärungen angezeigt seien. Das Valideneinkommen (Fr. 77'194.05) werde nicht bestritten. Das Invalideneinkommen könne vorderhand aber noch nicht konkret ermittelt werden, da wegen der Beschwerden im rechten Schulter-Arm-Bereich gar keine volle Erwerbstätigkeit mehr möglich sei. Jedenfalls sei ihr die angestammte Tätigkeit (als Köchin) nicht mehr zumutbar. In einer adaptierten (leidensangepassten) Tätigkeit könnte sie – wegen der Mobilitätsprobleme an

der rechten Schulter - höchstens noch als zu 50 % arbeitsfähig eingestuft werden, was zu einem IV-Grad von 66 % führe und damit einen Anspruch auf eine Dreiviertelsrente begründe. Angesichts der lang andauernden körperlichen Erkrankung und ihrer Leiden seien das Gutachten ZIMB sowie die darin enthaltenden Auslegungen der Befunde nicht nachvollziehbar; zumal die Beurteilungen unzähliger unabhängiger Fachärzte den Erkenntnissen im ZIMB diametral entgegenstehen würden.

## E. 9

In ihrer Vernehmlassung beantragte die IV-Stelle (Beschwerdegegnerin) die Abweisung der Beschwerde. Den Ausführungen der Beschwerdeführerin hielt sie entgegen, dass das Gutachten ZIMB nicht im Widerspruch zu den übrigen Abklärungsberichten stehe. Sowohl der RAD als auch die Klinik 01.\_\_\_\_\_ habe auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsgeeigneten Tätigkeit erkannt. Der Abklärungsbericht des Spitals 02.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2012 vermöge weder das Gutachten ZIMB noch die Beurteilung des RAD zu erschüttern. Die Rüge betreffend das psychiatrische Teilgutachten sei ebenfalls unbegründet. Das Spital 02.\_\_\_\_\_ habe damals nämlich im Einklang mit den Gutachtern des ZIMB keine psychiatrischen Diagnosen gestellt. Die kardiologischen Beschwerden seien im Gutachten ZIMB berücksichtigt worden und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt. Aufgrund der Befunde der Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ lasse sich in einer adaptierten Tätigkeit keine

- 6 - Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen. Es gelte somit festzuhalten, dass das Gutachten ZIMB durch die übrigen eingereichten Abklärungsberichte weder erschüttert noch widerlegt werde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Anfechtungsobjekt ist vorliegend die Verfügung vom 11. November 2013, worin die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2011 eine ganze IV-Rente – befristet bis zum 30. September 2011 – zugesprochen hat. Strittig und zu klären ist, ob die vorhandenen ärztlichen Gutachten und Berichte eine Befristung der Rente zu rechtfertigen vermögen und ob die Ermittlung des Invalideneinkommens korrekt erfolgt ist, andernfalls der eruierte IV-Grad von 34.16 % nicht haltbar wäre, was in letzter Konsequenz die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Fortsetzung eines allfälligen Rentenanspruchs für die Beschwerdeführerin bedeuten würde. Unbestritten sind demgegenüber die Festsetzung des Valideneinkommens 2011 mit Fr. 77'194.05 sowie die Anspruchsberechtigung der Beschwerdeführerin auf eine ganze IV-Rente – auf der Basis einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit - für die Zeitspanne vom 1. Januar 2011 bis 30. September 2011. 2. a) Als Invalidität gilt die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechtes [ATSG; SR 830.1] sowie Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Bei erwerbstätigen Versicherten erfolgt die Ermittlung der Invalidität in der Regel nach der Methode des Einkommensvergleiches (Art. 16 ATSG; Art. 28a Abs. 1 IVG). Bei dieser Methode wird das gegenwärtig

- 7 - trotz Behinderung noch zumutbare Erwerbseinkommen mit jenem ohne Behinderung verglichen, wobei die daraus resultierende Differenz in Prozenten den IV-Grad ergibt. Ist eine Versicherte danach mindestens 40 % invalid, so hat sie Anspruch auf eine Viertelsrente, bei mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Für die Feststellung des IV-Grads kommt es primär auf die wirtschaftliche Erwerbsunfähigkeit und

nicht auf die medizinische Arbeitsunfähigkeit an (BGE 132 V 393 E.2.1). Ohne zuverlässige und beweistaugliche Bestimmung der graduellen Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte als Beurteilungsgrundlage ist eine seriöse Ermittlung der Erwerbsunfähigkeit aber zum Voraus gar nicht möglich (BGE 132 V 93 E.4, 125 V 256 E.4, 122 V 157 E.1c, 115 V 133 E.2). Ergänzt sei an dieser Stelle einzig noch, dass Art. 72bis Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) einen neuen [und erhöhten] Standard an medizinische Abklärungen stellt, indem dort stipuliert wird, dass medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, bei einer Gutachterstelle zu erfolgen haben, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherung eine Vereinbarung getroffen hat. Die Vergabe von derartigen Abklärungs- und Gutachteraufträgen erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72bis Abs. 2 IVV; BGE 137 V 210 E.1.2.2, vgl. überdies Art. 67 und 68 IVV). b) Zum Beweiswert medizinischer Berichte und Gutachten sei noch erwähnt, dass es zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen bedarf. Wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind, ist in BGE 125 V 351 E.3 S. 352 ff. festgelegt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichts ist danach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben

- 8 - worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (vgl. dazu BGE 134 V 231 E.5.1; Urteil des Verwaltungsgerichts Graubünden S 11 105 vom 17. Juni 2014 E.9). c) Im konkreten Fall sind folgende Arztberichte, Klinikberichte, ärztliche Gutachten und weitere Dokumente aktenkundig und von Bedeutung: ➤Im Austrittsbericht vom 9. Juni 2011 der Klinik 01. \_\_\_\_\_ (mit stationärem Abklärungsaufenthalt vom 16. Mai bis 4. Juni 2011) wurden der Patientin durch die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ (Abteilungsarzt; Oberarzt Rheumatologie) folgende Diagnosen gestellt: (1.) Chronisches zervikobrachiales und zervikozephalales Syndrom rechts (...); (2.) Residuelle OSG-Instabilität rechts bei Sturz 06/2007; (3.) Karpaltunnelsyndrom rechts (...); (4.) Intermittierendes Vorhofflimmern bei Mitralklappenstenose (...); ferner wurden diverse Nebendiagnosen aufgezählt. Zur Beurteilung und zum Therapieverlauf wurde angeführt: Die Patientin sei zur stationären muskuloskelettalen Rehabilitation zugewiesen worden aufgrund eines chronischen Nacken-Schulter-Arm-Syndroms rechts, welches seit einem Unfall im Jahr 2007 progredient (fortschreitend) sei und durch obgenannten Eingriff an der rechten Schulter im Januar 2010 nicht gebessert werden konnte. Ebenso führten ambulante Therapiemassnahmen (Physiotherapie, Ergotherapie, medikamentös) zu keiner wesentlichen Besserung der Symptomatik. In der klinischen Untersuchung bei Eintritt sei eine Einschränkung der Schulterfunktion mit Abduktion bis 90° festgestellt worden; der Nackengriff sei mit Tricks möglich gewesen. Der Schürzengriff sei hingegen unmöglich gewesen. Es seien zudem ausgeprägte muskuläre Befunde im Bereich der Schulter-Nackensmuskulatur rechts bei Wirbelsäulenfehlhaltung erhoben worden. Neurologisch zeige sich eine am ehesten schmerzbedingte verminderte Kraft im Bereich der rechten oberen Extremität sowie eine diffuse Hyposensibilität des rechten Arms mit subjektivem Taubheits- und Schweregefühl des Arms mit häufigem Einschlafen sowie wechselweise Kalt-/Warmgefühl.(...) Im weiteren bestünden auch psychologische Kontextfaktoren bei psychosozialen Belastungssituationen (schwierige Situation am letzten Arbeitsplatz, familiäre Belastungssituation mit arbeitslosem Ehemann, finanzielle Si-

tuation). Zur Arbeitsfähigkeit wurde vermerkt, dass für die Dauer des stationären Klinikaufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Bezüglich des weiteren Einsatzes als Köchin in einer Grossküche kön-

- 9 - ne die Patientin höchstens noch für Vorbereitungsarbeiten oder administrative Aufgaben eingesetzt werden. Bestehe hierzu keine Möglichkeit, bestünde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit. Für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitiven Krafteinsatz des rechten Arms sei die Patientin medizinisch theoretisch ganztags arbeitsfähig, wobei aufgrund der langen Arbeitsunfähigkeit sicherlich ein gestaffelter Wiedereinstieg beginnend mit einem 50%igen Pensum mit langsamer Steigerung über ca. 3 Monate notwendig sei (vgl. beschwerdegegnerische Akten [Bg-act.] 49 S. 3-4). ➤Im MEDAS Gutachten vom 19. August 2012 des Zentrums für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) hielt der Chefarzt Dr. med. H. \_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Innere Medizin) zu den objektiven Befunden fest, dass die Psyche der Versicherten wach sei und ihre kognitiven Funktionen intakt seien. Bezüglich Herz/Kreislauf wurde eine regelmässige Herzfrequenz von 68/Min gemessen. (...) Keine Zeichen einer Links- oder Rechtsherzinsuffizienz. Alle peripheren Pulse seien symmetrisch palpabel und kräftig. Eine diskrete Varicosis crurum beidseits ohne Ödeme und ohne Zeichen einer chronisch-venösen Insuffizienz sei erstellt. Zum Bewegungsapparat wurde festgestellt: Insgesamt harmonisches und ungehindertes spontanes Bewegungsmuster. Hinkfreier flüssiger Gang mit problemlos durchführbarem Fussspitzen- und Fersengang beidseits. Die Wirbelsäule stehe im Lot mit physiologischen Krümmungen. Beim Vornüberbeugen erreiche die Versicherte einen Finger-Boden-Abstand von 22 cm, dabei zeige sich eine harmonische Entfaltung der LWS und der BWS mit einem Schober von 10/13.5 cm, Ott 30/35 cm. Kein Aufrichteschmerz, kein Kletterphänomen. Reklination und Seitenklination seien leicht schmerzhaft. Der Langsitz auf der Untersuchungsliege gelinge problemlos und ohne Abstützen. Die HWS-Beweglichkeit sei in allen Richtungen indolent und frei. Symmetrisches Schulterrelief. Die linke Schulter sei indolent und frei beweglich, mit problemlos durchführbarem Schürzen- und Nackengriff. DVP links 16 cm. Die Beweglichkeit der rechten Schulter sei in allen Bewegungsrichtungen schmerzhaft und endgradig eingeschränkt. DVP rechts 50 cm. Keine Atrophien im Bereich der oberen Extremitäten. Maximaler Oberarmumfang rechts 30 cm, links 29 cm. Maximaler Unterarmumfang rechts 25 cm, links 24 cm, Rechtshänderin. Die Ellenbogengelenke seien beidseits indolent und frei beweglich. Das rechte Handgelenk sei frei beweglich, allerdings mit Angabe von Schmerzen über der Verbindungskappe. Keine Thenar- oder Hypothenaratrophy sowie symmetrische Handbeschwellung. Die Greifbeweglichkeit sei uneingeschränkt. Der Faustschluss sei beidseits komplett, rechts etwas weniger kräftig als links. Beide Hüftgelenke seien indolent und frei beweglich, ohne Auslösung von spondylogenen Schmerzen. Symmetrisch ausgebildete Muskulatur im Bereich der unteren Extre-

- 10 - mitäten. Oberschenkelumfang 10 cm ab Patellaoberrand rechts 51 cm, links 50 cm. Maximaler Wadenumfang beidseits 37 cm. Die Sprung- und Fussgelenke seien unauffällig und frei beweglich. Symmetrische Fussbeschwellung. Die neurologische Untersuchung ergab folgendes: (...). Keine segmentale Muskelatrophie. Motorik und Tonus seien normal. Symmetrisch auslösbare Muskeleigenreflexe im Bereich der oberen und unteren Extremitäten. Keine Verminderung der allgemeinen Kraft. Keine Sensibilitätsstörungen, abgesehen eines kleinen Areals im Bereich der Palma manus (Handfläche) rechts,

postoperativ entstanden. Keine Koordinationsstörungen und keine Pyramidenzeichen (S. 22). Die zusätzlich durchgeführten Untersuchungen (Hämatologie/ Blut-chemie, Ruhe-EKG durch ZIMB) vom 31. Mai 2012 seien unauffällig ausgefallen und die kleine Lungenfunktionsprüfung habe keine Anhaltspunkte für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung ergeben (S. 23). In verschiedenen Teilgutachten wurde die Versicherte überdies noch rheumatologisch (S. 24-28) und psychiatrisch (S. 29-35) untersucht. Zur Arbeitsfähigkeit unter rheumatologischen Aspekten wurde noch festgehalten, dass an der Wirbelsäule, aber vor allem an der rechten Schulter, am rechten Arm und an der rechten Hand keine pathologischen Veränderungen und nur geringe funktionelle Defizite (leicht schmerzhafte Aussenrotationseinschränkung der rechten Schulter endständig, sowie eine diskrete Kraftverminderung der rechten Hand) gezeigt worden seien. (...) Bei fehlenden pathologischen Untersuchungsbefunden, sowie fehlenden funktionellen Defiziten im Bereiche der rechten oberen Extremität, der übrigen Gelenke, der Weichteile und der Wirbelsäule bestehe aus rein rheumatologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (S. 26 und S. 40). Aus psychiatrischer Sicht wurde dargetan, dass diesbezüglich ebenfalls keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestünden. Es habe keine psychische Störung festgestellt werden können. Die Explorandin habe sich auch nie in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befunden und nehme auch keine Antidepressiva ein (S. 35). Zum weiteren Verlauf der Arbeitsunfähigkeit unter kritischer Würdigung der vorhandenen Arztberichte wurde festgehalten (Ziff. 7.5, S. 42): Nach der kombinierten Schulter- und CTS-Operation rechts vom 20. Januar 2010 habe sich ein Morbus Sudeck entwickelt, die Versicherte sei anschliessend längere Zeit für alle Tätigkeitsbereiche zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und dies mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bis zum Abschluss ihrer stationären Rehabilitation in 01.\_\_\_\_\_ im Juni 2011. Bezüglich ihres weiteren Einsatzes als Köchin in einer Grossküche sei dannzumal noch von einer andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen worden, hingegen sei die Versicherte für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit ohne repetitiven Einsatz und Krafteinsatz des rechten Arms medizinisch-theoretisch als ganztags arbeitsfähig beurteilt worden, wobei der Wiedereinstieg beginnend mit

- 11 - einem 50%igen Pensum empfohlen worden sei, mit langsamer Steigerung über ca. 3 Monate. Leider habe diese nicht stattgefunden. Aktuell liessen sich keine pathologischen Veränderungen am Bewegungsapparat nachweisen, welche eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit legitimieren würden. Auch aus internistischer und psychiatrischer Sicht sei die Versicherte angestammt und angepasst zu 100 % arbeitsfähig. Eine psychiatrische Diagnose in Form einer „Anpassungsstörung“ habe sich einzig im Austrittsbericht der Klinik 01.\_\_\_\_\_ befunden, wo die Versicherte vom 16. Mai bis 4. Juni 2011 stationär behandelt worden sei und bei psychosozialen Belastungsfaktoren auch eine psychiatrische Betreuung erhielt. (...). Die damals noch aktuelle Anpassungsstörung nach erlittener Kränkung am letzten Arbeitsplatz könne durchaus nachvollzogen werden. Eine solche Anpassungsstörung sei aber keine psychische Erkrankung von langer Dauer, sodass gemäss den Leitlinien des ICD-10 weiter fortbestehende Belastungen Z-kodiert werden sollten. Als Köchin sei die Versicherte ab sofort wieder voll, d.h. zu 100 % arbeitsfähig (Ziff. 7.6). Auch in allen andern Verweisungstätigkeiten auf dem freien Arbeitsmarkt könne der Versicherten medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert werden (Ziff. 7.7. S. 42; Gutachten ZIMB: Bg-act.72 S. 1-44). >Im RAD-Abschlussbericht vom 30. Oktober 2012 (Bg-act. 95 S.13) war das Wichtigste die Stellungnahme zum vorerwähnten Gutachten MEDAS/ZIMB. Zur Objektivierung der Arbeitsfähigkeit

respektive Arbeitsunfähigkeit sei eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben worden, in deren Ergebnis folgendes zu konstatieren sei: 1. Aus interimistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit oder der allgemeinen Leistungsfähigkeit begründen. 2. Die geringfügigen funktionellen Defizite liessen aktuell keine Arbeitsunfähigkeit als Köchin begründen. 3. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung habe keine psychiatrische Störung festgestellt werden können; es bestehe somit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Interdisziplinär sei die Versicherte sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in jeder anderen Verweisungstätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Das eingeholte polydisziplinäre Gutachten sei insgesamt sehr umfangreich, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, setze sich mit den Vorbefunden auseinander, diskutiere Widersprüche zwischen den subjektiven Beschwerden und den erhobenen objektiven Untersuchungsbefunden und sei in seiner Darstellung objektiv neutral und nachvollziehbar. Insofern könne auf dieses Gutachten folglich abgestellt werden (so Bg-act.95 S. 13).

- 12 - ➤Im Bericht des Spitals 04.\_\_\_\_\_ vom 30. November 2012 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ fest, dass er die Patientin seit 3 Jahren kenne. Sie beklage immer noch ein stark einschränkendes strumpfförmiges Schmerzproblem über dem gesamten rechten Arm einschliesslich Hand. Zusätzlich werde eine Wetterfühligkeit bemerkt und eine umfangreiche Dysästhesie. Die rechte obere Extremität könne praktisch nur mit massiver Einschränkung im Alltag benutzt werden. Nach seiner Einschätzung der Persönlichkeit der Patientin bestehe ein sehr umfangreicher Wille wieder in den Arbeitsprozess integriert zu werden, wobei sie sich - gemessen an den Möglichkeiten - eher überfordere, als dass sie sich zurückhalten würde. Zum Spitalärztlichen Befund führte Dr. med. I.\_\_\_\_\_ aus: Rechtsdominant HWS frei und indolent, Schultermuskulatur symmetrisch bei Hypotrophie der rechten Schultermuskulatur. Schulter rechts: Reizlose Narben, Anteversion aktiv 130°, passiv 150°, Abduktion aktiv 110°, passiv 140°, Innen-/Aussenrotation L3-0-40°, Impingementzeichen nach Hawkins noch angedeutet positiv, nach Neer negativ. Rotationsmanschettentest ist im Seitenvergleich abgeschwächt, jedoch mit Kraft gegen mittleren Widerstand durchführbar. Hand rechts: Hauptturgor leicht verändert im Seitenvergleich mit vermehrter Venenzeichnung. Palpable Hyperhydrose der Handinnenflächen. Faustschluss möglich. Tinnelzeichen negativ. Beurteilung und Procedere: Rein von der subjektiven Beurteilung bestünden Anhaltspunkte eines algodytrophischen Syndroms und einer gestörten Schmerzverarbeitung. Da er keine besseren therapeutischen Massnahmen anbieten könne, möchte er die Patientin in einem Schmerzzentrum zur Abklärung und eventuellen Übernahme der Therapie vorstellen (vgl. beschwerdeführerisches Aktorum [Bf-act.] 2). ➤Im Bericht des Spitals 04.\_\_\_\_\_ vom 4. Dezember 2012 hielt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ fest, dass bei der Patientin eine transthorakale Echokardiographie durchgeführt worden sei. Zur Indikation führte der genannte Arzt aus: Im Alltag gehe es der Patientin in der Regel recht gut. Ab und zu habe sie v.a. in engen Räumen Panikattacken verbunden mit Atemnot und schnellem Puls. Daneben bestehe ein paroxysmales Vorhofflimmern. Die Patientin sei deshalb vor kurzem im Spital 03.\_\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen. Gemäss ihren Angaben sei damals wieder eine Elektrokonversion notwendig gewesen. Ausserhalb dieser Episoden bestünden keine Beschwerden. Folgende Diagnosen wurden gestellt: Leichte Mitralklappenstenose (...); Zustand nach paroxysmal tachykardem Vorhofflimmern, erfolgreiche Elektrokonversion 2010 und 2012; Leichte Aorteninsuffizienz und Rez. Panikattacken. Bezüglich Beurteilung und Vorschlag zum Procedere wurde festgehalten: Echokardiographisch habe sich der Befund nicht verändert.

Die Mitralklappe sei degenerativ verändert mit einer weiterhin leichten Stenose. V.a. der linke Vorhof sei dilatiert. Die Aorten- insuffizienz sei leicht. Da das Vorhofflimmern unter Concor aufgetreten sei, müsse man diese Behandlung überdenken. Alternativ könnte man si-

- 13 - cher Multag (medikamentöse Behandlung) versuchen. Auch seien die Optionen der Radiofrequenzablation noch zu diskutieren. Wichtig sei eine konsequente OAK. Bei dieser jungen Patientin (Jh. 1962) würde zur Um- stellung auf Xarelto geraten. Eine erneute Echokardiographie sei in einem Jahr sinnvoll (Bf-act.3; inkl. Tabelle Messwerte mit technischen Daten). ➤Im Bericht des Spitals 02.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2012 stellten Ober- arzt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ sowie Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Leiter Bereich für Schmerztherapie, folgende Diagnosen: CRPS (komplexes, regionales Schmerzsyndrom) Typ I der rechten Hand mit Schmerzausweitung über den gesamten rechten Arm (...); Chronisches cervikobrachiales Schmerz- syndrom rechts (...) und eine residuelle OSG-Instabilität rechts mit inter- mittierenden belastungsabhängigen Schmerzzuständen bei Sturz im Juni 2007. Als Nebendiagnose wurde u.a. ein intermittierendes Vorhofflimmern bei Mitralklappenstenose erwähnt. Bezüglich Beurteilung wurde ver- merkt: Die Patientin sei zur schmerztherapeutischen Beurteilung und zur Übernahme der Therapie bei anhaltenden Schmerzen im gesam- ten Arm zugewiesen worden. Sie berichte über einen Hauptschmerz im Bereich des ganzen rechten Armes, welcher seit Juni 2007 nach einem Sturz in einen circa 1 m tiefen Schacht bestehe. Durch die im Jahr 2010 durchgeführte Schulteroperation rechts sei es zu keiner wesentlichen Veränderung des Schmerzes gekommen, hingegen zeigten sich nach der in der gleichen Sitzung durchgeführten Karpaltunneloperation rechts zu- nehmende Beschwerden in der rechten Hand. Aktuell würden Schmerzen von NRS 8 (Skala 0-10) angegeben, welche in dieser Stärke 24 Stunden persistieren und als brennend und drückend im Bereich der Hand mit Ausstrahlung in den ganzen rechten Arm und weiter bis in die Scapula (Schulterblatt) beschrieben würden. Der Einsatz der rechten Hand (insbe- sondere der Handschluss) führe zu einer Schmerzverstärkung. Der nächt- liche Schlaf sei durch die Schmerzen massiv tangiert. Zum Procedere wurden fünf Punkte als Vorschlag aufgezählt, u.a. wurde dringlichst die Wiederaufnahme einer Physio-/Ergotherapie empfohlen. Das Ziel sei eine funktionelle Wiederherstellung der betroffenen Extremitäten. Dazu gehör- ten auch die Desensibilisierung, der schrittweise Bewegungs- und Kraftaufbau und eine psychosoziale Reintegration (Bf-act.4). ➤Im Bericht des Spitals 04.\_\_\_\_\_ vom 11. April 2013 bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Leiter Kardiologie, seine früheren Diagnosen vom 4. Dezember 2012. Bezüglich Beurteilung und Vorschlag zum Procedere wurde dar- in vermerkt: Die Patientin sei durch das paroxysmal auftretende Vorhof- flimmern stark verunsichert und verängstigt. Nach reiflicher Überlegung habe sie sich für die Radiofrequenzablation entschieden. Während dieser Untersuchung wäre die Messung der Druckwerte im linken Vorhof bei verschiedenen Pacing-Frequenzen sinnvoll (Bf-act.5).

- 14 - ➤Im Klinikbericht Spital 05.\_\_\_\_\_ vom 17. Mai 2013 von Prof. med. E.\_\_\_\_\_ wurden (herzspezifisch) folgende Diagnosen gestellt. (1.) Val- vuläre Herzkrankheit mit leichtgradiger Mitralstenose unter Ruhebedin- gungen (...) und mittelschwerer bis schwerer Mitralstenose unter Stress- Bedingungen (...); (2.) Paroxysmales tachykardes Vorhofflimmern mit Status nach transthorakaler Elektrokonversion 2010/2012 und nach Pul- monalvenenisolation am 17. Mai 2013 bei PD Dr. med. N.\_\_\_\_\_. Zur Be- urteilung und zum Procedere wurde darin festgehalten: Aufgrund der hämodynamischen Messungen

finde sich nicht ganz unerwartet eine mittelschwere bis schwere Mitralstenose bei Herzfrequenzen zwischen 100- 140/min., welche die Beschwerden der Patientin (Anstrengungsdyspnoe) im Rahmen des tachykarden Vorhofflimmerns sehr gut erklären liessen. Von oberster Priorität seien somit eine regelrechte Rhythmuskontrolle (Radiofrequenz-Ablation des paroxysmalen Vorhofflimmerns) und eine gute Frequenz-Kontrolle mittels Betablocker. Darunter werde sich im weiteren klinischen Verlauf zeigen, wann der optimale Zeitpunkt für eine Mitralklappen-Sanierung (evt. Valvuloplastie) gegeben sei (Bf-act.6). >Im Spitalbericht 03.\_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 von Dr. med. P.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt Innere Medizin wurden der Patientin folgende Diagnosen gestellt: (1.) Rezidivierendes, symptomatisches tachykardes Vorhofflimmern (...), (2.) schwere Hypercholesterinämie (...) und (3.) chronisches lumbales Schmerzsyndrom. In der Beurteilung und zum Therapieverlauf wurde vermerkt, dass sich die Patientin mit retrosternalem Druck und Übelkeit präsentiere und mit der Rettung in die Notfallaufnahme gebracht worden sei. (...). Im EKG zeige sich ein tachykardes Vorhofflimmern. Die Patientin sei mit dieser Erkrankung bereits im Spital bekannt, zusätzlich bestehe ein St.n. Radiofrequenzablation im Vorhof am 17. Mai 2013 nach Spital 05.\_\_\_\_\_. Es zeige sich eine kardiopulmonal kompensierte, afebrile Patientin in symptombedingt reduziertem Allgemeinzustand und leicht adipösem Ernährungszustand. Der Blutdruck betrage 102/58 mmHg, der Puls sei arrhythmisch mit einer Frequenz von 165/min.(...). Im Aufnahmelabor sei eine schwere Hypercholesterinämie (...) aufgefallen, obwohl die Patientin dagegen bereits konsequent Medikamente einnehme. Die Patientin habe am 13. Juni 2013 beschwerdefrei wieder nach Hause entlassen werden können (Bf-act.7; inkl. Anamnese [Krankengeschichte] und Laborbefunde im Anhang). Im Spitalbericht 03.\_\_\_\_\_ vom 22. Juli 2013 von Dr. med. Q.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt Innere Medizin, wurden die einen Monat zuvor gestellten Diagnosen und Beurteilungen nochmals umfassend bestätigt (Bf-act.8). >Gemäss Bericht des Spitals 04.\_\_\_\_\_ vom 26. August 2013, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Chefarzt Kardiologie, wurde bei der Patientin am 20. August 2013 ein 72-Stunden EKG aufgezeichnet. Bezüglich Befunde wurde

- 15 - festgehalten, dass sich der Herzschlag durchgehend im Sinusrhythmus befinde. Tagsüber betrage die mittlere Frequenz 66/Min, Frequenzvariation 53 bis 98/Min. Während der Nacht betrage die mittlere Herzfrequenz 62/Min, Frequenzvariation 53 bis 86/min. Nur ganz wenige supraventrikuläre Extrasystolen. Keine Phasen von Vorhofflimmern. Keine anderen ektopen Tachykardien. Keine Pausen. Der Marker-Kanal sei einmalig bestätigt worden, da habe ein Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 70/Min bestanden. Im Tagebuch werde Schwäche, Schwindel und Herzklopfen geschildert. Ein Korrelat im EKG finde man jedoch nicht. Zur Beurteilung und dem Vorschlag zum Procedere wurde vermerkt: Im EKG sei der Sinusrhythmus stabil. Phasen von Vorhofflimmern seien keine gesehen worden. Die Beschwerden der Patientin seien nicht durch Rhythmusstörungen zu erklären. Die medikamentöse Therapie sei vorerst zu belassen. In 3 Monaten sei nochmals ein Langzeit-EKG aufzuzeichnen. Falls erneut ein stabiler Sinusrhythmus bestehe, werde man die Reduktion der antiarrhythmischen Therapie versuchen können (Bf-act.9). d) In Würdigung der soeben zitierten Arzt-, Klinik- und Spitalberichte - insbesondere dem Austrittsbericht der Klinik 01.\_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2011, dem polydisziplinären Gutachten (ZIMB) vom 19. August 2012 und dem RAD-Abschlussbericht vom 30. Oktober 2012 - ist das Gericht zur Überzeugung gelangt, dass es keine triftigen Gründe gibt, nicht auf die dort erhobenen Befunde und Einschätzungen bezüglich Arbeitsfähigkeit abzustellen. Namentlich im umfassenden, einleuchtenden und

sorgfältig auf alle Beschwerdebilder eingehenden Gutachten (ZIMB) wird überzeugend dargelegt, dass für die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten, wech- selbelastenden Tätigkeit ohne repetitiven Gebrauch und Kräfteinsatz des rechten Arms eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Im RAD-Abschluss- bericht wird dies nochmals ausdrücklich bestätigt, in dem dort der Be- schwerdeführerin auch eine volle Arbeitsfähigkeit in jeder Verweisungs- tätigkeit attestiert wird. Diese Erkenntnisse und Schlussfolgerungen ste- hen auch in keinem Widerspruch zum Klinikbericht 01.\_\_\_\_, ist dort doch ebenfalls von einer ganztätigen Arbeitsfähigkeit in einer (leidens-) angepassten Referenztätigkeit nach einer Wiedereinstiegsphase von rund 3 Monaten ab Klinikaustritt im Juni 2011 die Rede. Die Frage, ob die Be- schwerdeführerin auch in ihrer bisherigen Tätigkeit als Köchin wieder als - 16 - zu 100 % einsatz- und arbeitsfähig taxiert werden kann, kann – wie die Beschwerdegegnerin zu Recht angeführt hat – damit aber letztlich offen bleiben. Die erwähnten drei, hier massgebenden, ärztlichen Berichte bzw. Gutachten werden auch durch die übrigen Berichte des Spital 04.\_\_\_\_, des Spitals 02.\_\_\_\_, der Klinik 05.\_\_\_\_ und des Spitals 03.\_\_\_\_, alle im Zeitraum vom 30. November 2012 bis 26. August 2013 erstellt, nicht erschüttert. Die dort aufgeführten Leiden können entweder nicht auf die seit dem Sturzereignis vom 8. Juni 2007 anhaltend geklagten Mobilität- seinschränkungen an der Schulter und am Arm (rechtsseitig) zurückge- führt werden oder haben sich sonst nicht als so gravierend erwiesen, als dass sie nicht medikamentös behandelt werden könnten. Die uneinge- schränkte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin kann damit in jeder Verweisungs- tätigkeit auch auf Dauer aufrechterhalten werden. Im Be- sonderen vermag selbst der Abklärungsbericht des Spitals 02.\_\_\_\_ vom

### **E. 13**

Dezember 2012 betreffend somatische Beschwerden (mit Diagnose CRPS Typ I [complex regional pain syndrome] an der rechten Hand) nichts an der Aussagekraft und Richtigkeit der Beurteilungen im Gutach- ten ZIMB zu ändern, da die besagte Diagnose zwar an sich nachvollzieh- bar ist, aber keine vertiefte Auseinandersetzung mit den Einschätzungen im Gutachten ZIMB enthält, worin eine Sudecksche Dystrophie (CRPS) schlüssig verneint wurde (Bg-act.72 S. 28 und 40) und dafür auf eine Symptomausweitung der chronischen Pariarthritus humero-scapularis ten- dinotica rechts (Bg-act. 72 S. 27) geschlossen wurde. Im Übrigen machte das Spital 02.\_\_\_\_ bei der Diagnose CRPS auch keine Ausführungen zum Budapest-Kriterium Nr. 4 („Es gibt keine andere Diagnose, die diese Schmerzen erklärt“; vgl. Fachzeitschrift ARS MEDICI 6/2011 S. 248 ff., Fortbildung CRPS – das komplexe regionale Schmerzsyndrom). Uner- heblich ist auch, dass in einem früheren Bericht des Dr. med. I.\_\_\_\_, Spital 04.\_\_\_\_, vom 5. März 2010 bereits ein sekundärer Morbus Sud- eck diagnostiziert wurde (vgl. ZIMB-Gutachten [Bg-act.72] S. 5 und S.

- 17 - 27); denn in diesen Berichten wurden – wenn überhaupt – einzig Aussa- gen zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Köchin ge- macht, aber gerade nichts zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätig- keit gesagt. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zu Recht ausführt, ist hingegen nicht von Relevanz, ob tatsächlich ein CRPS vorliegt oder nicht. Entscheidend ist vielmehr, ob dieses Leiden funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin haben könnte. Gerade diese Frage wird im Gutachten ZIMB jedoch schlüssig und nachvollzieh- bar beantwortet (Bg-act.72 S. 28 und 40), indem dort festgehalten wurde, dass der rechte Arm der Beschwerdeführerin nur noch eingeschränkt be- lastbar sei, aber keine Hinweise bestünden, dass er überhaupt nicht mehr einsetzbar sei bzw. gar nicht mehr verwendet werden könnte (Bg-act.72 S. 40;

Bemerkungen ZIMB in der Mitte). Weiter wurden im Bericht des Spitals 02.\_\_\_\_\_ keine prozentualen Angaben oder Aussagen zu allfälligen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit getätigt. e) Das psychiatrische Teilgutachten ZIMB (Bg-act.72 S. 29-36) vermag klar zu überzeugen. Es ist widerspruchsfrei, schlüssig und umfassend, zumal es auf persönlichen Untersuchungen der Patientin beruht sowie in Kenntnis der Vorakten und der ganzen Anamnese (Krankengeschichte) der Patientin erstellt wurde, womit ihm laut herrschender Rechtsprechung volle Beweiskraft zukommt (vgl. dazu E.2b). Die dagegen erhobenen Einwände der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 9 lit. d – mit Vorhalt der unvollständigen Sachverhaltsermittlung; Nichtbeachtung psychosomatischer Störungen bzw. der Depressionen) erachtet das Gericht als unbegründet. Aus dem Austrittsbericht der Klinik 01.\_\_\_\_\_ vom 9. Juni 2011 geht nur hervor, dass die Beschwerdeführerin während ihres stationären Abklärungsaufenthalts in der Klinik vom 16. Mai 2011 bis 4. Juni 2011 habe psychiatrisch betreut werden müssen, wobei die Diagnose einer Anpassungsstörung gestellt worden sei (in den Diagnosen im Austrittsbericht

- 18 - fehlt indessen ein entsprechender Hinweis). Das Hauptthema der damaligen Gespräche seien jeweils die erlittene Kränkung am letzten Arbeitsplatz sowie auch die schwierige soziale Situation (arbeitsloser Gatte; finanziell angespannte Lage) der Beschwerdeführerin gewesen. Die Beschwerdeführerin wurde von den Ärzten der Klinik 01.\_\_\_\_\_ aber medizinisch-theoretisch zu 100 % arbeitsfähig taxiert (Bg-act.49 S. 3 ff.). Richtig ist, dass im Bericht des Spitals 02.\_\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2012 erwähnt wurde, dass sich beim routinemässig durchgeführten Beck Depression Inventory Hinweise auf eine milde Depression ergeben hätten (in den Diagnosen fehlt indessen jeglicher Hinweis [vgl. Bf-act.4]). Für das Gericht ist aber nicht ersichtlich, weshalb allein gestützt auf diese Bemerkung an den fundierten und vollständigen Abklärungen im psychiatrischen Teilgutachten ZIMB gezweifelt werden sollte. Das Gutachten ZIMB, das nach dem neuen Qualitätsstandard bzw. den erhöhten Anforderungen gemäss Art. 72bis IVV erstellt wurde, erweist sich vielmehr auch in dieser Beziehung als umfassend und überzeugend. Dem ist hier umso mehr beizupflichten, als den Akten keine weiteren psychiatrischen Berichte zu entnehmen sind, welche die profunden Erkenntnisse und Schlussfolgerungen im ZIMB-Gutachten sowie im RAD-Abschlussbericht zu entkräften, geschweige denn zu widerlegen vermögen. f) Ferner wurde auch noch die kardiologische Problematik (Mitralklappenstenose; [Herzklappenfehler]) im Gutachten ZIMB berücksichtigt (Bg-act.72 S. 10, 17, 18 und 36); diese aber als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingestuft. Hinzu kommt, dass selbst in den von der Beschwerdeführerin für ihren Standpunkt aufgeführten Arzt- und Klinikberichten (Spital 04.\_\_\_\_\_, Spital 05.\_\_\_\_\_, Spital 03.\_\_\_\_\_ und Spital 06.\_\_\_\_\_) jeweils keine Stellungnahmen zu allfälligen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die verbleibende Bewegungsfreiheit im rechten Schultergelenk gemacht wurden (vgl. Bf-

- 19 - act.3, 5 und 8). Diesbezüglich brachte die Beschwerdegegnerin daher zu Recht vor, dass die in den erwähnten Berichten erhobenen Befunde keine Einschränkungen in der umschriebenen behinderungsgerechten Tätigkeit rechtfertigen würden (vgl. Klinikbericht Spital 05.\_\_\_\_\_, Herzgefässzentrum, vom 17. Mai 2013 [Bf-act.6] und Spitalbericht 03.\_\_\_\_\_ vom 18. Juni 2013 [Bf-act.7]). g) Zusammengefasst ergibt sich, dass die Einwände der Beschwerdeführerin gegen die konsistenten sowie überzeugenden fachärztlichen Beurteilungen im Gutachten ZIMB und RAD-Abklärungsbericht ins Leere stossen oder unbegründet sind. Der volle Beweiswert dieser medizinischen Beurteilungen

konnte durch die Beschwerdeführerin bzw. durch die übrige medizinische Aktenlage nicht erschüttert werden, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht darauf abgestellt hat. Damit ist für das Gericht festgestellt, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer leidensangepassten Verweisungstätigkeit (d.h. in einer körperlich leichten, wechselbelastend den rechten Arm nicht stark belastenden Ersatztätigkeit) mit Grund auf 100 % beziffert wurde. Angesichts dieser zuverlässigen und vollständigen Beweisgrundlagen ist es auch nicht erforderlich, weitere fachärztliche Abklärungen zu treffen oder gar die Einholung eines zweiten Gutachtens zu veranlassen. Eine solche antizipierte Beweiswürdigung ist vorliegend zulässig, da schon hinlänglich schlüssige Tatsachen vorliegen, aus denen sich die Richtigkeit des massgeblichen Sachverhalts ergibt und somit weitere medizinische Abklärungen zum vorneherein keinen Einfluss auf das schon feststehende Beweisergebnis haben können, wie immer sie inhaltlich auch ausfallen würden (so bereits: BGE 90 II 149 E.2, 111 Ia 52 E.5b; vgl. ferner auch BGE 137 V 64 E.5.2) 3. a) Was die ökonomische Seite, also hier die Berechnung des IV-Grades angeht, so ist das Valideneinkommen für 2011 mit Fr. 77'194.05 allseits

- 20 - anerkannt worden. Strittig ist hingegen bis zuletzt die Ermittlung des mutmasslich - trotz Arm- und Schulterprobleme - noch erzielbaren Jahresinkommens für 2011 geblieben. Bei diesem sog. „Invalideneinkommen“ wird grundsätzlich von der Tätigkeit ausgegangen, die der versicherten Person trotz Gesundheitsschadens noch zumutbar ist. Die Erwerbsmöglichkeiten werden dabei in erster Linie durch die verbliebene Arbeitsfähigkeit bestimmt. Es hängt daher von der medizinisch attestierten (Rest-) Arbeitsfähigkeit ab, in welchem Umfang für eine versicherte Person noch eine zumutbare Erwerbstätigkeit in Frage kommt. In Ermangelung konkreter Anhaltspunkte für eine künftig ausgeübte Erwerbsbeschäftigung darf dabei jeweils auf die statistischen Erfahrungswerte betreffend Verdienstmöglichkeiten in der Schweiz bzw. auf die Lohnstrukturerhebungen (LSE) der einzelnen Berufszweige abgestellt werden (vgl. BGE 126 V 76 E.3b/bb, 124 V 321 E.3b/aa; RKUV 1999 Nr. U 343 S. 412 E.4b/aa). Die Beschwerdegegnerin hat dies vorliegend getan, indem sie gestützt auf die LSE 2010 ein Invalideneinkommen von Fr. 50'592.52 ermittelte (Bg-act.94 S. 6 lit. d Berechnungsmodus am Ende; Abstellen auf TA 1 im privaten Sektor für weibliche Arbeitnehmer mit Anforderungsprofil 4; umgerechnet auf 41.6 Wochenstunden ergibt ein erzielbares Monatsinkommen trotz Behinderung von Fr. 4'225.--, resp. ein Jahreseinkommen von Fr. 50'592.52 (Fr. 4'225.-- : 40 x 41.6 x 12 x 1.01 [Teuerung 2011] x 0.95 [zzgl. Leidensabzug 5 %]). Wird das so ermittelte Invalideneinkommen von Fr. 50'592.52 in Relation zum unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 77'194.05 gesetzt, resultiert ein IV-Grad von unter 40 % (exakt 34.46 %), womit gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hinreichend erstellt ist, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. Oktober 2011 keinen Anspruch auf eine IV-Rente hat bzw. die von der Beschwerdegegnerin verfügte Rentenbefristung (1. Januar 2011 bis 30. September 2011) zu Recht erfolgt ist.

- 21 - b) Der Vollständigkeit halber sei hier noch erwähnt, dass nach der Praxis des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden – im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesgerichts – bei der Festlegung des (mutmasslichen) Invalideneinkommens grundsätzlich kein Leidensabzug unter 10 % gewährt wird (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_386/2012 vom 18. September 2012 E.5.2 m.w.H.; sowie Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 13 50 vom 1. Oktober 2013 E.4b und S 10 126 vom 11. Januar 2011 E.4b; vgl. zudem ULRICH MEYER,

Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG, 2. Aufl., Zürich 2010, Art. 28a S. 314). Doch selbst bei Gewährung eines höheren Leihensabzugs von 10 % (anstatt bloss 5 % wie in der angefochtenen Verfügung) würde sich rechnerisch aber nichts am Schlussresultat ändern, da der IV-Grad dann auf rund 38 % (exakt 37.91 %; anrechenbares Invalideneinkommen Fr. 47'929.75 [statt Fr. 50'592.52]; Einkommensverlust neu Fr. 29'264.30 [statt Fr. 26'601.55]) zu liegen käme, womit die massgebliche Anspruchsgrenze eines IV-Grads von mindestens 40 % (zumindest für die Gewährung einer Viertelsrente) immer noch nicht erreicht würde. c) Zusammengefasst ergibt sich demnach, dass die Befristung der (ganzen) IV-Rente - gestützt auf eine Anpassungsfrist von drei Monaten gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV [nach der ärztlich attestierten Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands ab Juni 2011] - bis 30. September 2011 korrekt erfolgte und es an der Ermittlung des nicht rentenbegründenden IV-Grads (ab 1. Oktober 2011) sowohl formell als auch materiell nichts auszusetzen gibt, womit die Ausrichtung einer unbefristeten oder weiteren Rente durch die Beschwerdegegnerin zu Recht verneint wurde. 4. a) Nach Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen in der Invali-

- 22 - denversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- abschliessend festgelegt (vgl. SVR 1/2013 IV Nr. 1 E.3). Aufgrund des Ausgangs dieses Verfahrens wird die Beschwerdeführerin verpflichtet, die ermessensweise vom Gericht festgelegten Spruchkosten von Fr. 700.-- zu bezahlen. b) Eine aussergerichtliche Entschädigung steht der obsiegenden Beschwerdegegnerin gemäss Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) nicht zu. Demnach erkennt das Gericht:

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