

# GR\_GERICHTE S 2019 75 vom 28. Mai 2020

GR Gerichte, 2020-05-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2019\\_75](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2019_75)

FR: GR\_GERICHTE S 2019 75 du 28 mai 2020

IT: GR\_GERICHTE S 2019 75 del 28 maggio 2020

## Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 3

Am 5. September 2018 meldete sich A.\_\_\_\_\_ unter Hinweis auf starke Rückenschmerzen, Thrombosen in den Beinen, Arthrose, Schwindel und Kraftlosigkeit seit ca. Anfang 2017 erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an. Zur selben Zeit erfolgte auch eine Krankheitsanzeige des Arbeitgebers an die Krankentaggeldversicherung. Deren Konsiliararzt Dr. med. B.\_\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung vom 31. Oktober 2018 fest, dass A.\_\_\_\_\_ in einer leichten körperlichen, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Überkopfarbeiten und Heben von Lasten über 5 bis 10 kg voll arbeitsfähig sei und empfahl eine Begutachtung mit den Fachbereichen Rheumatologie und Psychiatrie.

- 3 -

### E. 3.1

So diagnostizierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Leitender Arzt Medizin/Rheumatologie, in seinen Berichten vom 2. November 2018, 13. November 2018 und 19. Dezember 2018 unter anderem ein chronisches lumbovertebrales Syndrom bei namentlich multisegmentalen Osteochondrosen mit Punctum maximum LWK 3/4 und LWK 4/5 mit konsekutiv leichter skoliotischer Deformierung, ISG-Arthrose beidseitig und minimaler superior betonter Coxarthrose, rechts ausgeprägter als links, sowie anamnestisch eine Varikosis beidseits und ein chronifiziertes zervikospodylogenes Syndrom beidseits.

- 12 -

### E. 3.2

Ferner sind dem provisorischen Austrittsbericht vom 5. Februar 2019 und dem Bericht Ergonomietrainingsprogramm vom 13. Februar 2019, namentlich von dipl. med. H.\_\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_\_ unterzeichnet, sowie dem Austrittsbericht Psychosomatik vom 19. Februar 2019 von dipl. med. J.\_\_\_\_\_ zum stationären Aufenthalt im Zeitraum vom 9. Januar bis zum 6. Februar 2019 in der Klinik M.\_\_\_\_\_ folgende Diagnosen zu entnehmen: Chronisches cervikobrachiales Syndrom (Status nach ventraler Diskektomie HWK 5/6 und Cage-Implantation bei Foramenstenose im August 2012; Hyperlaxizität, Beighton Score 5/9; muskuläre Dysbalance mit Hartspann und Triggerpunkten v.a. im M. trapezius pars ascendens beidseits); chronisches lumbospodylogenes Syndrom (Fehlhaltung der Wirbelsäule; geringgradige Arthrose der ISG beidseits; muskuläre Dysbalance und Insuffizienz); Varikosis beidseits (Status nach tiefer Bein thrombose links im April 2018); Anpassungsstörung nach psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.2). Letzterer wurde von

dipl. med. J.\_\_\_\_\_ aus psychia- trischer Sicht keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit attestiert und sie verneinte auch explizit Anhaltspunkte für ein somatoformes Schmerzerleben. Aus dem Röntgenbefund der beiden Schultergelenke ap/outlet vom

### **E. 3.3**

Gleichermassen stellten Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in ihrem rheumatologischen Gutachten vom 8. Januar 2019 die folgenden Diagno- sen: zervikospodylogenes Schmerzsyndrom beidseits sowie ein lumbo- vertebrales Schmerzsyndrom rechtsbetont (ICD-10 M54.80) mit/bei ven- traler Diskektomie HWK 5/6 und Implantation BCIM bei Foramenstenose C5/6 links im Jahre 2012. Gemäss MRI der HWS vom 14. März 2018 be- stehe keine wesentliche Anschlusssegmentdegeneration nach Spondylo-

- 13 - dese und keine spinale oder foraminale Enge. Ausserdem diagnostizierten Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ein chronisches lumbospondylo- genes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.86). Gemäss Röntgenuntersu- chung der LWS ap/seitlich vom 26. Oktober 2018 bestünden keine Hin- weise auf osteoporotische Frakturen. Weiter hielten sie multisegmentale Osteochondrosen mit Punktum maximum bei LWK 3/4 und LWK 4/5 mit konsekutiv leichter skoliotischer Deformierung fest. Daneben erwähnten sie eine ISG-Arthrose beidseits. Gemäss Beckenübersicht vom 26. Okto- ber 2010 bestünden beidseitig minime Coxarthrosen und sie erwähnten einen osteopenen Knochenaspekt. Schliesslich führten sie als weitere Dia- gnosen ein symptomatischer Hallux valgus links und eine arterielle Hyper- tonie auf (siehe IV-act. 67 S. 15).

### **E. 3.4**

Zudem hielten Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in ihrem rheuma- tologischen Gutachten die Fibromyalgie nur differentialdiagnostisch fest. Auch Dr. med. C.\_\_\_\_\_ äusserte lediglich einen Verdacht auf ein Fibro- myalgiesyndrom bzw. ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates mit den Begleitsymptomen Schlafstörungen, Leistungsintoleranz und Kopfschmerzen bei verneinter entzündlicher Ur- sache (siehe zum Ganzen IV-act. 67 S. 2, 15 und 19 sowie IV-act. 69). Damit besteht keine wesentliche Diskrepanz zur Beurteilung von dipl. med. J.\_\_\_\_\_ von der Klinik M.\_\_\_\_\_, Leitende Ärztin Psychosomatik und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, welche im Austrittsbe- richt Psychosomatik vom 19. Februar 2019 schliesslich keine Anhalts- punkte für ein somatoformes Schmerzgeschehen erkannte (siehe IV- act. 78 S. 3 f.; vgl. zum Verhältnis der Diagnose "Fibromyalgie" zu soma- toformen Schmerzstörungen: BGE 141 V 281 E.10.2 und 132 V 65).

### **E. 3.5**

Zu der von der Beschwerdeführerin bemängelten fehlenden diagnosti- schen Übereinstimmung, welche sich – wie vorstehend ausgeführt – auf- grund der Aktenlage nicht erhärten lässt, ist schliesslich relativierend an- zumerken, dass das Vorliegen einer lege artis gestellten Diagnosen zwar

- 14 - als medizinische Befundlage die Grundvoraussetzung für den rechts- genügenden Nachweis eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (vgl. BGE 141 V 281 E.2.1, 130 V 396 E.5.3.2) darstellt. Für die Bestimmung eines Rentenanspruches ist aber letztlich massgebend, ob und in wel- chem Ausmass eine versicherte, gesundheitliche Beeinträchtigung die Ar- beits- bzw. Erwerbsfähigkeit einschränkt und zwar grundsätzlich

unabhän- gig von den Diagnosen und der Ätiologie (vgl. BGE 143 V 409 E.4.2.1, 136 V 279 E.3.2.1; Urteile des Bundesgerichts 8C\_54/2020 vom 26. Mai 2020 E.11.3, 8C\_465/2019 vom 12. November 2019 E.6.2.3, 8C\_385/2017 vom

#### **E. 4**

Die IV-Stelle holte diverse Arztberichte des behandelnden Rheumatologen Dr. med. C.\_\_\_\_\_ ein. Dieser diagnostizierte unter anderem ein chroni- sches lumbovertebrales Syndrom bei namentlich multisegmentalen Os- teochondrosen mit Punctum maximum LWK 3/4 und LWK 4/5 mit konse- kutiv leichter skoliotischer Deformierung, ISG-Arthrose beidseits und mini- mal superior betonte Coxarthrose, rechts ausgeprägter als links, sowie anamnestisch Varikosis beidseits. Ausserdem äusserte er den Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom bei chronisch generalisiertem Schmerzsyn- drom des Bewegungsapparates mit Schlafstörungen, Leistungsintoleranz und Kopfschmerzen als Begleitsymptome. In seiner Beurteilung hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ fest, die Patientin leide schon seit längerem unter einem generalisierten Schmerzsyndrom mit sowohl myalgieformen Schmerzen wie auch Arthralgien. Mit den entsprechenden Begleitsymptomen sei die Symptomatik verdächtig für ein Fibromyalgiesyndrom. Hinweise auf das Vorliegen einer entzündlichen rheumatologischen Erkrankung fänden sich aktuell weder klinisch noch im durchgeführten Labor. Die durchgeführten Röntgenuntersuchungen der LWS und des Beckens zeigten degenerative LWS-Veränderungen; Hinweise für eine Coxarthrose fänden sich keine. Daraufhin wurde eine medikamentöse Behandlung eingeleitet – welche je- doch mit der Anfangsmedikation nicht gut vertragen wurde – und auf die Wichtigkeit von körperlicher Aktivität i.S. eines Ausdauertrainings und der Weiterführung der Physiotherapie hingewiesen. Nachdem die durchge- führten ambulanten Massnahmen keine wesentliche Beschwerdebesse- rung gebracht hatten, sich klinisch weiterhin deutliche muskuläre Befunde im gesamten Schulter-/Nackengebiet sowie im Bereich des Becken- kamms gezeigt hatten und Dr. med. C.\_\_\_\_\_ von einem chronischen lum- bovertebralen sowie chronischen zervikospodylogenen Syndrom ausge- gangen war, riet dieser zu einer stationären, intensiven, interdisziplinären Rehabilitationsbehandlung.

- 4 -

#### **E. 4.1**

Zum Vorerwähnten hielten Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in ih- rer Beurteilung schlüssig fest, dass sich bei der Beschwerdeführerin ins- gesamt ein chronisches Schmerzsyndrom der oberen und unteren Wir- belsäule präsentiere, wobei das zervikospodylogene Schmerzsyndrom beidseitig ausgeprägt, während das lumbospodylogene Schmerzsyn- drom rechtsbetont sei. Daneben fänden sich ausgeprägte Druckdolenzonen aller vier Quadranten, von der Verteilung her fibromyalgieform. Die Be- schwerdeführerin leide anamnestisch zusätzlich unter ausgeprägten Schlafstörungen und fühle sich psychisch durch die Situation belastet. Ob- jektivieren lasse sich im klinischen Untersuch ausser der subjektiven Schmerzangabe, bis auf eine leicht eingeschränkte Halswirbelsäulenbe- weglichkeit nach rechts im Vergleich zu links, wenig. Die bisherigen bild- gebenden Untersuchungen hätten zusätzlich einzelne degenerative Ver- änderung der LWS gezeigt, welche aber nicht über das altersentspre- chende Mass hinausgingen. Da die Beschwerdeführerin anamnestisch be- richte, bereits seit mehreren Jahren immer wieder an hartnäckigen Schmerzen zu leiden, sei eine weichteilrheumatische Komponente wahr- scheinlich. Diese habe sich nun über die Jahre mit zusätzlichen, altersbe- dingten

Degenerationen verstärkt. Zu den erhobenen objektiven Befunden führten die Gutachter zudem plausibel aus, dass ausgeprägte Druckdosen in allen vier Quadranten, am ausgeprägtesten an der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule, bestünden. Die Beweglichkeit sowohl der Wir-

- 16 - belsäule als auch der Extremitätengelenke sei allerdings sehr gut, wenn auch unter steter Schmerzangabe seitens der Beschwerdeführerin. Konventionell radiologisch und MR-tomographisch lägen regelrechte Stellungenverhältnisse der Spondylodese C5/6 ohne Neurokompression sowie segmentale degenerative Veränderungen der LWS, ISG und Hüften vor. Diese degenerativen Veränderungen zeigten aber kein eindeutiges klinische Korrelat in der körperlichen Untersuchung.

#### **E. 4.2**

Insofern erweisen sich die Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ zur Beurteilung der medizinischen Situation der Beschwerdeführerin als einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit als nachvollziehbar begründet. Sie vermögen auch nicht durch die verschiedenen Berichte der Klinik M.\_\_\_\_\_ vom Januar und Februar 2019 in Zweifel gezogen werden. Denn daraus ergibt sich, dass die Ärzte der Klinik M.\_\_\_\_\_ die Schmerzen in Schulter und Nacken am ehesten im Rahmen einer muskulären Insuffizienz bei extremer Verspannung und Verhärtung mit vorhandenen Triggerpunkten interpretierten. Zudem stellten sie eine muskuläre Dekonditionierung fest (siehe IV-act. 75 S. 3 f.). Durch das intensive Trainingsprogramm, an dem die Versicherte engagiert und motiviert teilgenommen habe, hätten rasch Fortschritte hinsichtlich einer Schmerzreduktion erzielt werden können. Die Versicherte habe die Kraftgrade aller Muskelgruppen und insbesondere der Rumpf- und Rückenmuskulatur steigern und muskuläre Dysbalancen abbauen können. Die Gehgeschwindigkeit habe erhöht und die Gangstrecke verändert werden können. Die im Röntgen des Schultergelenks ausgewiesene leichtgradig ausgeprägte Omarthrose könne nicht für die vorhandenen Beschwerden verantwortlich gemacht werden. Wenn nun die Ärzte der Klinik M.\_\_\_\_\_ gestützt darauf schlossen, insgesamt habe die Patientin eine Steigerung der allgemeinen Belastbarkeit erzielen können, auch wenn weiterhin vor allem Einschränkungen beim Hantieren über Schulterhöhe und beim vor-

- 17 - geneigten Stehen bestünden, weshalb sie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit beim Hantieren von Lasten selten bis maximal 15 kg auswies bei nur manchmal einzunehmenden statischen Arbeitshaltungen, Arbeiten über Kopfhöhe und vorgeneigtem Stehen, so erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf dem dekonditionierten Zustand der Beschwerdeführerin beruht. Diesbezüglich bringt die Beschwerdegegnerin aber zu Recht vor, dass eine Dekonditionierung keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG und Art. 7 Abs. 2 ATSG darstellt (siehe Urteile des Bundesgerichts 9C\_473/2019 vom 25. Februar 2020 E.4.2.2, 8C\_385/2017 vom 19. September 2017 E.4.2 und 9C\_848/2016 vom 12. Mai 2017 E.4.2). Wenn – wie vorliegend – somatische Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestehen, leuchtet es denn auch nicht ein, weshalb eine festgestellte Dekonditionierung mittels entsprechenden Therapien nicht behebbar sein soll (vgl. dazu auch Urteile des Bundesgerichts 9C\_647/2018 vom 1. Februar 2019 E.6.3 und 9C\_432/2015 vom 23. September 2015 E.4.1 f. und 5.2 ff.). Insofern wird im rheumatologischen Gutachten vom 8. Januar 2018 zu Recht unabhängig

vom Erfolg von Therapien eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit (leicht [repetitive Lasten bis maximal 5 kg], wechselbelastend, unter Vermeidung von repetitiver Überkopfarbeit und ohne Tätigkeiten in gebückter Stellung) von 100% ausgewiesen. Dass – wie die Beschwerdeführerin vorbringt – diese lediglich eine Prognose darstelle bzw. die rheumatologischen Gutachter eine volle Arbeitsfähigkeit erst nach Durchführung eines stationären Rehabilitationsaufenthalts erwarteten, verfährt nicht. Zum einen wäre die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit demnach bei Durchführung der empfohlenen Therapieoptionen im Zeitpunkt des von der Beschwerdegegnerin angenommenen frühestmöglichen Anspruchsbeginns am 1. April 2019 bzw. spätestens am 1. August 2019 (siehe dazu IV-act. 93 S. 1 und 2 oben) bereits erreicht worden. Zum anderen ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszuge-

- 18 - hen, dass die (nicht ganz eindeutigen) Ausführungen der rheumatologischen Gutachter, wonach durch einen Ausbau der (ambulanten) Therapien (bei konsequenter Durchführung über ca. drei bis sechs Monate oder die primär empfohlene stationäre Rehabilitation) wahrscheinlich eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bzw. des Zumutbarkeitsprofils erreicht werden könne bzw. in diesem Setting die Versicherte innert drei bis sechs Monaten "steigernd arbeitsfähig für die genannte 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung" sei (siehe IV-act. 67 S. 19 und 22), dahingehend zu verstehen sind, dass das Zumutbarkeitsprofil bzw. die Belastbarkeit der Beschwerdeführerin durch das empfohlene Therapiesetting innert drei bis sechs Monaten erhöht bzw. noch verbessert werden kann (namentlich im Sinne einer Erhöhung der Gewichtslimiten über 5 kg repetitiv oder der Verminderung von qualitativen Einschränkungen in einer als zumutbar erachteten adaptierten Tätigkeit wie beispielsweise die postulierte Vermeidung von repetitiven Überkopfarbeiten oder Tätigkeiten in gebückter Haltung). Dass die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit (Heben von Lasten bis maximal 5 kg repetitiv, ohne die Notwendigkeit einer gebückten Arbeitshaltung sowie repetitiver Überkopfarbeit) bereits ab Gutachtenszeitpunkt gilt, legen denn auch schon die vorerwähnten Ausführungen der Gutachter zu ihrer Befunderhebung bzw. ihre gutachterliche Beurteilung nahe (siehe vorstehende Erwägungen 4 und 4.1). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit deckt sich denn auch mit der Beurteilung des Konsiliararztes Dr. med. B.\_\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2018, wonach die Beschwerdeführerin in einer leichten körperlichen, wechselbelastenden Tätigkeit, ohne Überkopfarbeiten und Heben von Lasten über 5 bis 10 kg voll arbeitsfähig sei (siehe IV-act. 59).

### **E. 4.3**

Im Übrigen erscheint es entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin bei – wie vorliegend – rein somatischen Beschwerden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht abwegig, wenn die Beschwerdegegnerin in

- 19 - Übereinstimmung mit dem RAD-Arzt Dr. med. K.\_\_\_\_\_ annahm, die Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit im rheumatologischen Gutachten vom 8. Januar 2019 und in den Berichten der Klinik M.\_\_\_\_\_ unterschieden sich auch deshalb, weil in Ersterem ein leichteres Belastungsprofil (repetitive Maximallasten von 5 kg) definiert wurde. Dass die in Letzterem ausgewiesene Arbeitsfähigkeit von 50% auch für das Heben von Lasten von 2.5 bis 5 kg gelte, überzeugt nicht, bezieht sich diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit doch vornehmlich auf die obere Gewichtslimite i.S. eines Hantierens von Lasten bis maximal 15 kg. Zudem wird im Anhang C des Berichts Ergonomietrainingsprogramm vom

13. Februar 2019 zur arbeits- bezogenen Belastbarkeit bei Austritt aus der stationären Rehabilitation ausgewiesen, dass Lasten von 2.5 bis 5 kg grundsätzlich oft gehoben werden können. Als unter der Norm liegend wurden ausserdem (nur) die Handkraft links und rechts erwähnt. In diesem Zusammenhang ist noch zu erwähnen, dass gemäss Anhang A des besagten Berichts die angestammte Tätigkeit als Reinigungsange- stellte von Dr. med. G.\_\_\_\_\_, dipl. med. H.\_\_\_\_\_ und Ergonomietherapeut I.\_\_\_\_\_ als leicht bis mittelschwer (10 bis 15 kg) mit viel Stehen und Ge- hen, Stossen und Ziehen eines rollbaren Putzwagens, Heben und Tragen eines Putzeimers, Arbeiten über Schulterhöhe sowie vorgeneigtem Ste- hen umschrieben wurde. In dem am 27. September 2018 ausgefüllten Ar- beitgeberfragebogen wurde demgegenüber auch noch das Heben und Tragen von mittelschweren Sachen in einem Gewichtsbereich von 10 bis 25 kg als selten (max. 0.5 Stunden pro Tag) auszuführende Tätigkeit auf- geführt (siehe IV-act. 53 S. 3). Zum arbeitsrelevanten Problem wurde sei- tens der Klinik M.\_\_\_\_\_ festgehalten, dass die Beschwerdeführerin berich- tet habe, sie habe seit August 2017 bis August 2018 immer wieder (schmerzbedingte) Ausfälle und Arbeitsversuche gehabt. Das aktuelle ar- beitsrelevante Problem sei eine schmerzbedingte reduzierte Belastbarkeit vor allem im Schulter-, Arm- und Handbereich beidseits sowie sekundär

- 20 - im Kreuzbereich. Generell sei eine schmerz- und kraftbedingt reduzierte Belastbarkeit zu beobachten. Zur therapeutisch-ergonomischen Beurtei- lung wurde seitens der Klinik M.\_\_\_\_\_ (übereinstimmend mit der vorge- nommenen Qualifikation der angestammten Tätigkeit der Beschwerdefüh- rerin als Reinigungsangestellte als leichte bis mittelschwere Arbeit [10 bis 15 kg]) festgehalten, dass bei Eintritt (in die stationäre Rehabilitation) die gezeigte Leistungsfähigkeit bei einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit gelegen habe. Schwierigkeiten hätten bei statischen Arbeitshaltungen und im Ausdauerbereich bestanden. Zu den Funktionen der Muskelkraft/-aus- dauer wurde eine deutlich reduzierte isometrische Haltefähigkeit grosser Muskelgruppen primär auf Grund verminderter Kraft festgehalten. Im Zeit- punkt des Austrittes habe die Belastbarkeit in allen Bereichen leicht ge- steigert und das neue Niveau gehalten werden können. Dieses Ziel des Ergonomietrainings sei erreicht worden. Betreffend Vorbereitung auf das Erwerbsleben wurde, wie bereits erwähnt, ausgeführt, dass die beobachtete arbeitsbezogene Leistungsfähigkeit im Bereich einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit gelegen habe. Arbeiten über Schulterhöhe (z.B. Fensterreinigung) sowie vorgeneigte Arbeiten (Abstauben, Boden aufnehmen) hätten der Beschwerdeführerin Schwie- rigkeiten bereitet. Die Handkraft sei beidseitig unterhalb der Norm gelegen und das Arbeitstempo generell verlangsamt. Zum Status beim Austritt wurde demgegenüber festgehalten, dass sich die Beschwerdeführerin im Verlaufe des stationären Aufenthalts belastbarer gezeigt und weniger er- schöpft gewirkt habe. Leistungsmässig sei es ihr möglich gewesen, die körperliche Belastbarkeit auf ein 50 %-Pensum zu heben. Sie könne nun leichte Gewichte bis 10 kg in jedem Training sicher heben. Über eine wei- tere Steigung müsse dann im weiteren Verlauf diskutiert werden. Daraus wurde geschlossen, dass ab dem 11. Februar 2019 für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis maximal 15 kg) ausgehend von einem 100%-Pensum eine 50%ige Arbeitsfähigkeit be-

- 21 - stehe, wobei statische Arbeitshaltungen Arbeiten über Kopfhöhe und vor- geneigtes Stehen nur manchmal (maximal 3 Stunden bezogen auf einen ganztätigen Arbeitstag) vorkommen sollten. Auch dieses Ziel des Ergono- mietrainings habe erreicht werden können (siehe IV-act. 75 S. 4 ff.). Insofern ist davon auszugehen, dass im Bericht

Ergonomietrainingsprogramm vom 13. Februar 2019 bei der Beurteilung der quantitativen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 50 % bezogen auf ein Vollpensum vornehmlich die angestammte leichte bis mittelschwere Tätigkeit als Reinigungsangestellte in ihrer Gesamtheit im Fokus stand, welche nach Ansicht von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihrem Gutachten von 8. Januar 2019 aber überhaupt nicht mehr möglich sei, soweit Lasten über 5 kg repetitiv zu heben seien und repetitive Überkopfarbeiten beinhalte. Die Attestierung einer unter 100 % liegenden Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit bzw. die angestammte Tätigkeit als Reinigungsangestellte durch Dr. med. G. \_\_\_\_\_ und dipl. med. H. \_\_\_\_\_ stimmt im Ergebnis wiederum damit überein, dass Letztere bereits in ihrem provisorischen Austrittsbericht vom 5. Februar 2019 die angestammte Tätigkeit als Reinigungsangestellte infolge des regelmässigen Hantierens über Schulterhöhe und vorgeneigtem Stehen als langfristig eher ungeeignet beurteilten (siehe Bf-act. 3 S. 2). Eine spezifische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Verweistätigkeit gemäss Leistungsprofil im rheumatologischem Gutachten von 8. Januar 2019 lässt sich den Berichten der Klinik M. \_\_\_\_\_ hingegen nicht entnehmen. 5. Insgesamt vermögen somit die Vorbringen der Beschwerdeführerin und die Berichte der Klinik M. \_\_\_\_\_ die Beurteilung des RAD bzw. Dr. med. D. \_\_\_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in ihrem Gutachten von 8. Januar 2019 nicht derart in Zweifel zu ziehen, dass davon abzuweichen wäre. Vor diesem Hintergrund kann auf die beantragte Rückweisung an die Beschwerdegegnerin zur Abklärung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin

- 22 - mittels EFL bzw. zur Berechnung des Rentenanspruchs gestützt auf eine Arbeitsfähigkeit von 50% (in adaptierter Tätigkeit) verzichtet werden. Vielmehr ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin auf die im Gutachten attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gemäss Leistungsprofil des durch externe Spezialärzte erstellten rheumatologischen Gutachtens vom 8. Januar 2019 bzw. des RAD vom 7. März 2019 abstellt (siehe dazu IV-act. 67 S. 20 f. und IV-act. 95 S. 10 f.). Dass die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht verwertbar wäre, wird weder geltend gemacht noch ist dies ersichtlich. Vielmehr wird hierfür auf die überzeugenden Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 21. Mai 2019 verwiesen. Bei einem unbestrittenen Valideneinkommen von Fr. 67'685.15 und einem Invalideneinkommen von Fr. 55'900.65 (Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik [LSE] 2016, Tabelle TA 1, Kompetenzniveau 1, umgerechnet auf 41.7 Wochenstunden, angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2019 und einer Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von 100 % = Fr. 4'363.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.003995 x 1.01 x 1.01) resultiert ein rentenausschliessender IV-Grad von 17.41%. 6. Die Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 700.-- festzusetzen und im Anwendung von Art. 73 Abs. 1 VRG der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat kein Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten (siehe Art. 61 lit. g e contrario ATSG).

- 23 - Demnach erkennt das Gericht:

**E. 5**

kg repetitiv), ohne die Notwendigkeit einer gebückten Haltung sowie repetitiver Überkopfarbeiten, grundsätzlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Aufgrund des Alters von A.\_\_\_\_\_ sowie der nachgewiesenen degenerati-

- 6 - ven Veränderungen könne zwar keine vollständige Heilung erwartet werden, jedoch sei eine teilweise Besserung überwiegend wahrscheinlich und auch realistisch erstrebenswert. Durch einen Ausbau der Therapien (bei konsequenter Durchführung über ca. drei bis sechs Monate oder eine stationäre Rehabilitation) könne wahrscheinlich eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bzw. des Zumutbarkeitsprofils erreicht werden. Grundsätzlich werde primär eine stationäre Rehabilitation empfohlen und danach eine ambulante Weiterführung der Therapieformen. In diesem Setting sei A.\_\_\_\_\_ innert drei bis sechs Monaten steigernd arbeitsfähig für die genannte 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung.

## **E. 6**

In der Folge trat A.\_\_\_\_\_ zur stationären Behandlung in die Klinik M.\_\_\_\_\_ ein, welche vom 9. Januar bis zum 6. Februar 2019 dauerte. In diesem Rahmen wurde am 16. Januar 2019 von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ eine Röntgenaufnahme beider Schultergelenke durchgeführt mit dem Befund einer mässig ausgeprägten Omarthrose beidseits, einer vermehrten Sklerose am Ansatz der Supraspinatussehne, einer etwas ungünstigen Form des Akromions als mögliche Voraussetzung für eine subakromiale Engpassproblematik sowie ein Verdacht auf mässige AC-Gelenksarthrose rechts. Im provisorischen Austrittsbericht der Klinik M.\_\_\_\_\_ vom 5. Februar 2019 von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ und dipl. med. H.\_\_\_\_\_ wurden folgende Diagnosen gestellt: chronisches cervikobrachiales Syndrom, chronisches lumbospondylogenes Syndrom und Varikosis beidseits. Abgesehen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem Eintritt in die stationäre Rehabilitation bis zum 10. Februar 2019 wurde ab dem 11. Februar 2019 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis maximal 15 kg) ausgehend von einem 100% Pensum ausgewiesen, wobei eine statische Arbeitshaltung sowie Arbeiten über Kopfhöhe und Stehen vorgeneigt nur manchmal (maximal bis 3 Stunden bezogen auf einen ganztägigen Arbeitstag) vorgenommen werden

- 7 - sollten. Die aufgrund der bevorstehenden Varizen-Operation bedingte, vorübergehende Arbeitsunfähigkeit sei durch den Operateur festzulegen. Beim Eintritt habe die Patientin von Schmerzen im HWS-Bereich mit Ausstrahlungen in den gesamten Schulter-Nacken-Bereich beidseits sowie in den Hinterkopf und den linken Arm bei regelmässigem Schwindelgefühl berichtet. Initial habe sie sich durch die Schmerzsymptomatik stark limitiert sowie muskulär dekonditioniert gezeigt. Die Ärzte interpretierten die Schmerzen in Schulter und Nacken am ehesten im Rahmen muskulärer Insuffizienzen bei extremer Verspannung und Verhärtung mit vorhandenen Triggerpunkten. Durch das intensive Trainingsprogramm, an dem die Versicherte engagiert und motiviert teilgenommen habe, hätten rasch Fortschritte im Sinne einer Schmerzreduktion erzielt werden können. Die Versicherte habe die Kraftgrade aller Muskelgruppen und insbesondere der Rumpf- und Rückenmuskulatur steigern und muskuläre Dysbalancen abbauen können. Die Gehgeschwindigkeit habe erhöht und die Gangstrecke verändert werden können. Die in der aktuellen Röntgenuntersuchung des Schultergelenks ausgewiesene leichtgradig ausgeprägte Omarthrose könne nicht für die vorhandenen Beschwerden verantwortlich gemacht werden. Insgesamt habe die Patientin eine Steigerung der allgemeinen Belastbarkeit erzielen können; es hätten aber weiterhin vor

allem Ein- schränkungen beim Hantieren über Schulterhöhe und beim vorgeneigten Stehen bestanden. Dies seien die Körperpositionen, welche sie bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit regelmässig habe einnehmen müssen. Auf- grund dessen sei diese Tätigkeit eher ungeeignet um langfristig ausgeübt zu werden. Diese medizinische Beurteilung deckte sich mit jener im Be- richt zum Ergonomietrainingsprogramm vom 13. Februar 2019 von Dr. med. G.\_\_\_\_, dipl. med. H.\_\_\_\_ sowie dem Ergonomietherapeuten I.\_\_\_\_. Im Austrittsbericht Psychosomatik vom 19. Februar 2019 hielt dipl. med. J.\_\_\_\_ fest, die Patientin beschreibe vorwiegend belastungsabhängige

- 8 - Schmerzen im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in den Hinterkopf und in die Schultergelenke. Bei der Exploration habe sich kein Anhaltspunkt für ein somatoformes Schmerzerleben ergeben. Die leichte depressive Symptomatik werde als Anpassungsstörung interpretiert. Dipl. med. J.\_\_\_\_ stellte infolgedessen bei Austritt die Diagnose einer Anpassungs- störung nach psychosozialer Belastung (ICD-10 F43.2). A.\_\_\_\_ berich- tete ihr gegenüber, dass sie seit dem Erhalt der Kündigung (am 28. Januar 2019 und per 30. April 2019) nicht mehr gut schlafen könne. Sie habe noch nie in ihrem Leben Schlafstörungen gehabt und habe seit der Kündigung Existenzängste. Infolge der Enttäuschung durch den Arbeitgeber wolle sie nach der Entlassung aus der stationären Rehabilitation eine psychothera- peutische Behandlung beginnen. Aus psychiatrischer Sicht attestierte dipl. med. J.\_\_\_\_ A.\_\_\_\_ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

#### **E. 7**

Nachdem A.\_\_\_\_ anlässlich eines Gespräches am 15. Februar 2019 ge- genüber der IV-Stelle angegeben hatte, sich zurzeit gesundheitlich nicht in der Lage zu fühlen, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, wurden die be- ruflichen Eingliederungsmassnahmen mit Mitteilung vom 19. Februar 2019 abgeschlossen.

#### **E. 8**

Dr. med. K.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst Ostschweiz (RAD) kam in seiner Beurteilung vom 7. März 2019 zum Schluss, dass auf das Gutachten vom 8. Januar 2019 von Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_ abgestellt werden könne. Das von den rheumatologischen Gut- achtern definierte Belastbarkeitsprofil sei gegenüber demjenigen der Klinik M.\_\_\_\_ um einiges weniger belastender, womit auch eine etwas höhere Arbeitsfähigkeit (in adaptierter Tätigkeit) gerechtfertigt sei. Dr. med. K.\_\_\_\_ umschrieb die zumutbaren Tätigkeiten wie folgt: Tätigkeit mit leichter Belastung nicht über 5 kg, in Wechselbelastung, ohne repetitive Überkopfarbeiten und ohne Tätigkeiten in gebückter Haltung.

- 9 -

#### **E. 9**

Mit Vorbescheid vom 11. März 2019 stellte die IV-Stelle A.\_\_\_\_ die Ab- weisung des Leistungsbegehrens in Aussicht. Zur Begründung führte sie ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad infolge voller Arbeitsfähig- keit in adaptierter Tätigkeit an. Dagegen erhob A.\_\_\_\_ am 29. März 2019 Einwand, welcher mit Eingabe vom 14. Mai 2019 begründet wurde. Mit Verfügung vom 21. Mai 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschieden ab.

#### **E. 10**

Am 17. Juni 2019 erhob A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden und beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 21. Mai 2019 und die Rückweisung der Angelegenheit an die IV-Stelle, um ihre Leistungsfähigkeit eingehend abzuklären. Eventualiter sei die Angelegenheit an die IV-Stelle zurückzuweisen, um den Rentenanspruch auf Basis einer 50%igen Arbeitsfähigkeit zu berechnen. Zur Begründung stellte sie im Wesentlichen die von der IV-Stelle angenommene volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit in Abrede und kritisierte eine ungenügende Abklärung ihrer Leistungsfähigkeit. Namentlich besteihe in den vorliegenden ärztlichen Unterlagen keine Einigkeit betreffend die gestellten Diagnosen und eine eingehende Beurteilung der Leistungsfähigkeit habe nur im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Klinik M.\_\_\_\_\_ vorgenommen werden können, wobei eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von lediglich 50 % festgestellt worden sei.

## **E. 11**

Die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) liess sich am 27. Juni 2019 vernehmen und beantragte die kostenpflichtige Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie im Wesentlichen auf die angefochtene Verfügung vom 21. Mai 2019, wobei sie zu einzelnen Punkten der Beschwerde ergänzend Stellung nahm.

- 10 - Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften, die angefochtene Verfügung vom 21. Mai 2019 sowie die weiteren Akten wird, sofern erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Graubünden vom 21. Mai 2019. Eine solche Anordnung, die laut Bundesrecht der Beschwerde an das Versicherungsgericht am Ort der verfügenden IV-Stelle unterliegt, kann beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden als das örtlich und sachlich zuständige Versicherungsgericht angefochten werden (vgl. Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRG; BR 370.100] i.V.m. Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als formelle und materielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Sie ist somit zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde zudem frist- und formgerecht eingereicht (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG, Art. 39 Abs. 1 ATSG sowie Art. 61 lit. b ATSG). Auf die Beschwerde ist somit einzutreten. 2. Vorliegend ist streitig, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Während die Beschwerdegegnerin von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit ausgeht, wird dies von der Beschwerdeführerin genauso kritisiert wie die erfolgten Abklärungen zu ihrer Leistungsfähigkeit.

- 11 - Nachfolgend ist also zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Beurteilungen des RAD (siehe IV-act. 95 S. 10 ff.) bzw. auf das rheumatologische Gutachten vom 8. Januar 2019 (siehe IV-act. 67) abgestellt hat, in welchem Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin eine (uneingeschränkte) Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit attestierten. Dabei wird insbesondere von Bedeutung sein, ob diese von den übrigen medizinischen Akten, namentlich der Berichte der Klinik M.\_\_\_\_\_ über den stationären Aufenthalt vom 9. Januar bis zum 6. Februar 2019 (siehe IV-act. 75 und 78; Akten der Beschwerdeführerin [Bf-act.] 3), derart in Zweifel

gezogen werden, dass von der Arbeitsfähigkeitsseinschätzung von 100 % in einer wechselbelastenden Tätigkeit mit leichter (repetitiver) Belastung bis 5 kg ohne repetitive Überkopfarbeiten und solche in gebückter Stellung spätestens ab Januar 2019 abzuweichen wäre. 3. Das rheumatologische Gutachten vom 8. Januar 2019 (siehe IV-act. 67) von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Oberarzt i.V., und Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, stimmt entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin hinsichtlich der Diagnosen weitestgehend mit den anderen aktenkundigen Berichten überein:

#### **E. 16**

Januar 2019 von Dr. med. F.\_\_\_\_\_ gehen die Diagnosen eines cervikospöndylogenen Syndroms mit sekundärem Weichteilrheumatismus, differenzialdiagnostisch Kettentendinose, ein chronisches lumbospöndylogenes Syndrom sowie eine Varikosis beidseits hervor (siehe zum Ganzen IV-act. 75 S. 1 und 3, IV-act. 78 S. 3 f. sowie Bf-act. 3).

#### **E. 19**

September 2017 E.4.2, 8C\_590/2015 vom 24. November 2015 E.4.2.3 und 8C\_391/2015 vom 11. August 2015 E.3.3). 4. Überdies erfüllt das rheumatologische Gutachten vom 8. Januar 2019 von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen, weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Es basiert auf der eigenen Untersuchung vom 10. Dezember 2018 und berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden. Zudem erfolgten die Beurteilungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_\_ in Kenntnis der Vorbefunde und sie fassten ihre Schlussfolgerungen gestützt auf die eigenen klinischen Befunderhebungen sowie die aktenkundigen bildgebenden Abklärungen (siehe etwa IV-act. 67 S. 2 ff., 8 ff., 12 ff. und 17). Im Ergebnis legen sie schlüssig dar, dass aufgrund der klinischen und bildgebenden Befunde aktuell keine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mehr gegeben sei, soweit repetitives Heben von Lasten über 5 kg sowie Überkopfarbeiten in Repetition notwendig seien (siehe IV-act. 67 S. 20). In einer adaptierten, leichten und wechselbelastenden Tätigkeit (Heben von Lasten bis maximal 5 kg repetitiv, ohne die Notwendigkeit einer gebückten Arbeitshaltung sowie repetitiver Überkopfarbeit) sei die Beschwerdeführerin hingegen grundsätzlich zu 100 % arbeitsfähig. Medizinisch-theoretisch kämen alle leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten in

- 15 - Frage. Es müsse die Möglichkeit für einen regelmässigen Lagewechsel bestehen und repetitive Überkopfarbeiten, Tätigkeiten in gebückter Haltung sowie das Heben von Lasten über 5 kg seien zu vermeiden (siehe IV-act. 67 S. 21). Eine zumindest teilweise Besserung der Beschwerden und somit der Arbeitsfähigkeit bzw. des Zumutbarkeitsprofils stuften die Gutachter unter intensivierter ambulanter Therapie über drei bis sechs Monate oder einer stationären Rehabilitation mit anschliessender Weiterführung der ambulanten Therapie als überwiegend wahrscheinlich ein.