

# GR\_GERICHTE S 2021 99 vom 12. April 2022

GR Gerichte, 2022-04-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_S\\_2021\\_99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2021_99)

FR: GR\_GERICHTE S 2021 99 du 12 avril 2022

IT: GR\_GERICHTE S 2021 99 del 12 aprile 2022

## Regeste

Versicherungsleistungen nach IVG | Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

A. \_\_\_\_\_, geboren 1982, war zuletzt als Küchenhilfe und Reinigungskraft im Hotel B. \_\_\_\_\_ in C. \_\_\_\_\_ tätig. Nachdem bereits während Jahren rezidivierende lumbale Schmerzen bestanden hatten, erlitt sie am

### E. 2

Januar 2020 bei der Arbeit eine akut aufgetretene Lumboischialgie. Daraufhin wurde sie zu 100 % krankgeschrieben. Mit Bericht vom

### E. 5

In ihrem Bericht vom 14. Dezember 2020 diagnostizierte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, leitende Ärztin Neurologie des Kantonsspitals Graubünden, eine unklare Beinparese links, und hielt in ihrer Beurteilung fest, die durchgeführten Abklärungen seien allesamt normal. Insbesondere finde sich weder eine periphere noch eine zentrale Ursache für die Beschwerden.

### E. 5.1

Mit Bericht vom 5. Februar 2020 diagnostizierte Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, ein ISG-Syndrom links sowie eine milde Diskopathie L5/S1 bzw. fortgeschrittene Diskopathie L1/2. Zur Vorgeschichte führte er aus, die Beschwerdeführerin schildere eine akut aufgetretene Lumboischialgie links seit dem 2. Januar 2020. Aktuell liege eine gewisse Besserung nach Schmerzmitteleinnahme und einer Infiltration beim Hausarzt vor. Sie fühle sich aber weiterhin im Rücken stark blockiert; es bestehe ein intensiver Schmerz hauptsächlich gluteal und über der Dorsalseite des Beines bis zur Ferse. Das Gehen sei auf wenige Minuten limitiert. Im Sitzen sei es am Schlechtesten; die

- 11 - Beschwerdeführerin könne aber auch nicht gut schlafen: Sie werde in der Nacht häufig aufgrund der Beschwerden wach und müsse etwas herumgehen. In befundlicher Hinsicht hielt Dr. med. K. \_\_\_\_\_ fest, bei der neurologischen Untersuchung der schlanken Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand finde sich kein sehr ausgeprägtes Lumbalsyndrom, der Fingerspitzen-Boden-Abstand betrage 10 cm. Die Hüftrotation sei etwas eingeschränkt. Es bestehe eine deutliche Druckschmerzhaftigkeit interspinös und noch mehr über dem ISG. Auch liege ein deutlicher Hüftkompressionsschmerz und positiver Gaenslen- Test vor. Die Sensibilität in den Füßen sei seitengleich intakt. Die grobe Kraft sei bei manueller Prüfung ebenfalls seitengleich. Das einbeinige Heben in den Zehenstand gelinge auf der linken Seite jedoch nicht,

wahrscheinlich schmerzschonungsbedingt. In seiner Beurteilung stellte Dr. med. K.\_\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin zeige einen hohen Leidensdruck. Eine Neurokompression liesse sich nicht nachweisen. Es bestehe kein Bandscheibenvorfall, keine Spinalkanalstenose und keine vertebrale Instabilität. Als Therapieversuch habe er eine ISG-Infiltration CT-gesteuert direkt im Anschluss an die Konsultation vorgeschlagen, was die Beschwerdeführerin gerne angenommen habe (siehe Akten der Beschwerdegegnerin [Bg-act.] 9 S. 2 f.).

### **E. 5.2**

Am 27. Juni 2020 äusserte der behandelnde Rheumatologe F.\_\_\_\_\_ einen hochgradigen Verdacht auf eine seronegative Spondylarthropathie. In anamnestischer Hinsicht führte er namentlich aus, es sei nach der ISG- Infiltration zu einer Schmerzexazerbation gekommen. Unter Steroiden habe eine Verringerung der Beschwerden erreicht werden können. Aktuell fänden sich anhaltende lumbale und linksbetonte Beckenschmerzen. Klinisch bestehe eine segmentale Dysfunktion der LWS und ISG- Blockaden links > rechts. Die Beschwerden seien aufgrund der erhobenen Befunde erklärbar. Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aufgrund der stark

- 12 - verminderten Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule eingeschränkt. Es komme zu einer Verstärkung der Schmerzen bei Belastung. Eine sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeit sei in einem Pensum von ca. 30 % möglich (Bg-act. 9 S. 8).

### **E. 5.3**

Zum Röntgenbefund hielt Dr. med. L.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 11. September 2020 einen Verdacht auf eine geringgradige Hypermobilität fest. Bei Inklination bestehe ein diskretes ventrales Gleiten LWK 3 gegenüber LWK4 sowie LWK4 gegenüber LWK5, aber kein Nachweis einer Instabilität. Als Diagnosen wies er ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont bei einer Fehlform und -haltung der Wirbelsäule, einer muskulären Dysbalance sowie mässigen degenerativen Veränderungen der LWS und ein ISG-Syndrom links bei Status nach Infiltrationen links 02/2020 und 07/2020 mit jeweils deutlicher Schmerzexazerbation fest (Bg-act. 39 S. 3).

### **E. 5.4**

Mit Bericht vom 4. Oktober 2020 stellte Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Urologie, eine intermittierende Harninkontinenz im Rahmen von lumbospondylogenen Schmerzen fest. Die Untersuchung habe einen urosonographisch unauffälligen Befund gezeigt. Da die Harninkontinenz nur im Rahmen der Rückenschmerzen auftrete, sei eine neurogene Ursache am wahrscheinlichsten. Insofern werde eine neurologische Abklärung und eine erneute Abklärung der rezidivierenden Rückenschmerzen empfohlen (Bg-act. 43 S. 7).

### **E. 5.5**

In seinem psychosomatischen Austrittsbericht vom 6. Oktober 2020 wies Dr. med. I.\_\_\_\_\_ zum Behandlungsverlauf in den Kliniken D.\_\_\_\_\_ darauf hin, dass die Beschwerdeführerin stets sehr engagiert trainiert und sich dabei durchaus als schmerzspitzentolerant erwiesen habe. Andererseits habe sie berichtet, von den vielen Monaten mit Schmerzen doch recht zermürbt zu sein, aber keinesfalls aufgeben wolle, ihre Probleme konservativ zu behandeln. Trotzdem plane sie mit ihrem

- 13 - Rheumatologen F. \_\_\_\_\_ gründlich zu besprechen, ob nicht allenfalls ein operatives Vorgehen doch von Vorteil wäre. In seiner Beurteilung konnte Dr. med. I. \_\_\_\_\_ keine Psychopathologie erheben (Bg-act. 39 S. 5).

#### **E. 5.6**

Im Austrittsbericht vom 15. Oktober 2020 zu der vom 24. August 2020 bis zum 19. September 2020 stattgefundenen stationären Behandlung in den Kliniken D. \_\_\_\_\_ wurde das bekannte lumbospondylogene Schmerzsyndrom linksbetont und ISG-Syndrom ausgewiesen. Zum Verlauf wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe im Januar 2020 mehrere Blockierungen im lumbalen Bereich bei vorgeneigter Position erlitten. Die Infiltrationen hätten eine gute anhaltende Wirkung für ca. 2.5 Monate gezeigt. Die Wiederholung habe keinen therapeutischen Effekt ergeben. Die aktuelle MRI-Untersuchung der LWS zeige eine leicht aktivierte Osteochondrose LWK1/2 sowie insgesamt leichte degenerative Veränderungen der LWS. Bei Eintritt habe die Beschwerdeführerin über starke lumbale Rückenschmerzen berichtet mit Ausstrahlung ins linke Bein bis zum Fuss, nicht dermatombezogen. Zusätzlich hätten Sensibilitätsstörungen am linken Ober- und Unterschenkel lateral sowie am lateralen Fuss bestanden. Die Schmerzen seien mit einer Intensität von 4-5/10 angegeben worden. Bei Schmerzspitzen sei es zu blockierenden Schmerzen mit 9/10 auf NRS gekommen. Die Beschwerdeführerin sei in ein multimodales intensives Therapieprogramm integriert worden und habe sich während des Aufenthalts sehr motiviert gezeigt. Insgesamt habe die Schmerzintensität unter regelmässigem Training zwischenzeitlich zugenommen, weshalb eine analgetische Therapie vorübergehend etabliert worden sei. Durch physikalische und physiotherapeutische Behandlung habe der Muskeltonus im Lumbalbereich leicht reduziert werden können. In den letzten Behandlungstagen sei es unter Belastungssteigerung beim Training zu einer Schmerzexazerbation der muskulären Genese, Muskelschwäche im

- 14 - ganzen linken Bein und Fuss sowie Hypästhesie, nicht dermatombezogen, gekommen. Aus rheumatologischer Sicht sei die Ursache der anhaltenden Schmerzsymptomatik im Rahmen einer muskulären Dysbalance zu sehen. Trotz Integration ins multimodale Therapieprogramm hätten insgesamt nur geringe Verbesserungen erreicht werden können. Bei ausgeschöpftem stationären Rehapotenzial werde die Beschwerdeführerin in die weitere ambulante Behandlung nach Hause entlassen. Eine regelmässige Weiterführung des instruierten Heimprogramms, des physiotherapeutisch geleiteten medizinischen Trainingsprogramms (MTT) und der ambulanten Physiotherapie werde empfohlen. Für die Dauer des stationären Aufenthalts wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (Bg-act. 39 S. 10).

#### **E. 5.7**

Mit Bericht vom 27. Oktober 2020 wies Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, eine unklare Beinparese links, DD Myelopahtie bzw. Beinplexusläsion links aus. Zur Anamnese führte sie aus, die Beschwerdeführerin berichte, seit dem 18. Lebensjahr an intermittierenden Rückenschmerzen zu leiden. Bei Exazerbationen habe sie jeweils Schmerzmittel eingenommen, welche zu einer Regredienz geführt hätten. Am 2. Januar 2020 habe die Beschwerdeführerin infolge eines Hebetraumas einen akuten stechenden Rückenschmerz mit immediater Ausstrahlung ins linke Bein entwickelt. Seitdem würden die Schmerzen invalidisierend persistieren. Sie habe schon mehrere therapeutische Versuche mit Infiltrationen hinter sich, welche bis auf eine einmalige Linderung keine

Besserung bewirkt hätten. Sie mache wie verordnet auch Physiotherapie und MTT, was alles nichts bringe. Aktuell sei sie zu 100 % krankgeschrieben. Zum neurologischen Status führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ aus, das Gehen erfolge mit Nachziehen des linken Beines ohne Abrollen vom Fuss. Die Fussspitze werde am Boden mit Extrarotation vom Bein nachgeschleift. Das Gehen für längere Strecken sei nur mit Stöcken möglich. Ein Fersen- und Fussspitzgang sei links nicht

- 15 - möglich. Die Beschwerdeführerin könne vom Stuhl nur mit Unterstützung der Hände aufstehen, vorwiegend wegen der Rückenschmerzen. Die Kraft im gesamten linken Bein sei vermindert. In ihrer Beurteilung führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ sodann aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe eine Beinparese links mit Lumbalgien. Die bis anhin durchgeführten MRI der LWS hätten kein Korrelat dazu gezeigt. Die heutige Klinik schein nicht eindeutig somatoform überlagert zu sein (was aber eine solche auch nicht grundsätzlich ausschliesse). Es bestehe eine Indikation für weitere Abklärungen (Bg-act. 43 S. 9 f.).

#### **E. 5.8**

Im MRI der HWS/BWS vom 6. November 2020 fand sich kein Nachweis einer Myelopathie (Bg-act. 43 S. 11).

#### **E. 5.9**

Am 25. November 2020 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_\_, die bislang durchgeführten Abklärungen hätten keine wegweisenden Befunde ergeben. Insbesondere habe keine Myelopathie nachgewiesen werden können. Auch bestünden keine Hinweise auf eine Polyneuropathie, motorische Radikulopathie L4-L5 oder sensible Radikulopathie S1 bilateral. Im heutigen Neurostatus falle auf, dass die Beschwerdeführerin relativ inkonstante Befunde nachweise, die auf eine mögliche somatoforme Ursache hindeuten könnte. Darauf angesprochen verneine die Beschwerdeführerin eine solche Möglichkeit vehement. Die Symptome könnten nicht eingeordnet werden. Eine mögliche somatoforme Ursache werde nicht ausgeschlossen. Zur Sicherheit würden Abklärungen für eine zentrale Ursache in die Wege geleitet (Bg-act. 43 S. 13).

#### **E. 5.10**

Am 3. Dezember 2020 berichtete Dr. med. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Gastroenterologie, anlässlich der bei der Beschwerdeführerin gleichentags durchgeführten Koloskopie einen Polypen im Colon transversum abgetragen zu haben (Bg-act. 43 S. 14 f.).

- 16 -

#### **E. 5.11**

In ihrem Bericht vom 14. Dezember 2020 führte Dr. med. G.\_\_\_\_\_ bei bekannter Diagnose einer unklaren Beinparese links aus, dass die Beschwerdeführerin weiterhin an Stöcken laufe und auf der linken Seite hinke. Die durchgeführten Zusatzuntersuchungen hätten ein altersentsprechend normales MRI des Schädels (vgl. hierzu Bg-act. 57) und normale SSEP tibialis ergeben. In ihrer Beurteilung führte sie aus, die durchgeführten Abklärungen seien allesamt normal. Insbesondere finde sich weder eine periphere noch eine zentrale Ursache für die Beschwerden. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin der Überzeugung, dass eine organische Ursache für ihre Beschwerden vorliege und weise eine somatoforme Ursache weiterhin ab. Wie schon mehrmals erklärt, könne sie die Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht richtig einordnen, merkwürdig bleibe der

Temperaturunterschied zwischen den Extremitäten. Es spreche nichts dagegen, die Beschwerdeführerin zum Osteopathen gehen zu lassen. Eine neurologische Grunderkrankung habe nicht gefunden werden können. Es sei keine Kontrolle mehr geplant (Bg- act. 43 S. 1 f.).

#### **E. 5.12**

Am 28. März 2021 teilte der behandelnde Osteopathe Donckles der Beschwerdegegnerin auf Nachfrage mit, dass die Therapie in Absprache mit dem Arzt und der Beschwerdeführerin aufgrund fehlender Erfolgsaussichten nach zwei Sitzungen abgebrochen worden sei (Bg-act. 54).

#### **E. 5.13**

Im Zuweisungsbericht vom 9. April 2021 (wohl recte eher 9. Oktober 2021; sicherlich jedoch nach dem 12. Juli 2021) des behandelnden Rheumatologen F. \_\_\_\_\_ an Dr. med. J. \_\_\_\_\_ zur rheumatologischen Zweitbeurteilung diagnostizierte Ersterer neben einer unklaren linksseitigen passagären Visusstörung im Mai 2021 insbesondere eine unklare, persistierende, nicht dermatomspezifische Sensibilitätsstörung und Beinparese im linken Bein bei intermittierender Harninkontinenz unklarer Ursache und als Differenzialdiagnose eine

- 17 - Somatisierungsstörung bzw. funktionell eine chronisch rezidivierende lumboradikuläre Reizsymptomatik mit Schmerzhemmung. Zudem wies er ein therapieresistentes, invalidisierendes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits linksbetont aus bei anamnestisch initial vereinbar mit einem entzündlichen Rückenschmerz, mässig degenerativen Veränderungen (MRI 01/2020, 03/2020, 07/2020 und RX 03/2020), ISG-Syndrom links bei St. n. ISG-Infiltrationen 04/2020 und 07/2020 mit jeweils deutlicher Schmerzexazerbation, unklare Sensibilitätsstörungen links vereinbar mit dem Dermatome S1 und L5 bei St. n. periradikulärer Infiltration der L5-Wurzel am 12. Juli 2021 mit vollständiger Schmerzfremheit für ein bis zwei Tage, Fehlform und -haltung der Wirbelsäule sowie einer Tendenz zur Schmerzausweitung. Dazu führte er aus, bis auf eine deutliche Verringerung der Beschwerden bis zur Schmerzfremheit durch wiederholte Steroidstösse, welche später nicht mehr toleriert worden seien, seien sämtliche Therapiemassnahmen im Verlauf ohne Effekt gewesen. Bei anhaltenden Beschwerden sei die Beschwerdeführerin zur Rehabilitation nach D. \_\_\_\_\_ geschickt worden. Während des Aufenthalts sei dann eine zunehmende Beinparese links aufgetreten, weshalb die Beschwerdeführerin seither auf Unterarmgehstöcke angewiesen sei. Sämtliche Therapieversuche seien seither ohne wesentlichen Effekt gewesen, auch wegen multipler Medikamentenunverträglichkeiten. Im Juni (wohl recte: Mai) sei dann auch eine unklare Visusstörung links aufgetreten. Wiederholte neurologische Beurteilungen hätten keine Ursache für die persistierenden Rückenschmerzen, die linksseitige Beinparese und Visusstörung ergeben. Aus neurologischer Sicht sei der Verdacht auf eine Somatisierungsstörung geäussert worden, weshalb er eine Zuweisung an Dr. med. I. \_\_\_\_\_ veranlasst habe, welcher die Beschwerdeführerin während der Rehabilitation in D. \_\_\_\_\_ beurteilt habe, mit damals unauffälligem Befund. Zuletzt habe er aufgrund des letzten MRI-Befunds vom 22. Juni 2021 mit möglicher Reizung der L5-Wurzel und dazu

- 18 - passenden Angaben der Beschwerdeführerin eine periradikuläre Infiltration L5 veranlasst. Nach der Infiltration am 12. Juli 2021 habe die Beschwerdeführerin für ein bis zwei Tage deutlich weniger Schmerzen und eine vermehrte Beinschwäche angegeben mit

anschliessend wieder unveränderter Symptomatik. Aufgrund der Symptomatik und der Beschwerden sei die Beschwerdeführerin seit ihrer Entlassung aus den Kliniken D.\_\_\_\_\_ im September 2020 anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (vgl. Replik-Akten Beschwerdeführerin [Bf-R- act.] 1).

#### **E. 5.14**

Im Zuweisungsschreiben an Dr. med. I.\_\_\_\_\_ vom 8. Oktober 2021 zur erneuten psychiatrischen Beurteilung führte der behandelnde Rheumatologe F.\_\_\_\_\_ bei unveränderten Diagnosen aus, es würden linksseitige lumbospondylogene Beschwerden und eine auch durch wiederholte Abklärungen aus neurologischer Sicht nicht erklärbaren Beinparese links persistieren. Diese habe sich während des Rehabilitationsaufenthalts in D.\_\_\_\_\_ akzentuiert und persistiere seither. Die Beschwerdeführerin sei seither nur mit Unterarmstücken gehfähig. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ habe den Verdacht auf eine mögliche somatoforme Ursache der anhaltenden Beschwerden geäussert. Im Mai 2021 seien zudem unklare, im Verlauf vollständig regrediente Visusstörungen des linken Auges aufgetreten, ohne dass sich sichere Hinweise auf eine MS oder andere Ursache habe finden lassen. Alle bisherigen Therapieversuche mit Pharmakotherapie, ambulanter Physiotherapie, stationärer Rehabilitationsbehandlung, MTT, Chiropraxis und Osteopathie hätten die Beschwerden bisher nicht verringern können oder deren Zunahme verursacht. Eine Somatisierungsstörung mit funktioneller Lähmung sei zu diskutieren. Dafür passe allerdings nicht, dass die lumbalen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in das linke Bein wiederholt auf Steroidstösse und zuletzt auf eine periradikuläre Infiltration der L5-Wurzel links bei möglicher radikulärer L5-Reizung mit vollständiger

- 19 - bis partieller Regredienz der Schmerzen reagiert hätten. Hinweise auf einen entzündlichen Befall der Wirbelsäule seien keine gefunden worden. Die Ursache bleibe unklar. Eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung erscheine indiziert. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin seit September 2020 aufgrund der anhaltenden Schmerzen und der Beinparese links mit deutlich eingeschränkter Gehfähigkeit zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Bf-R-act. 2).

#### **E. 5.15**

Mit Bericht vom 22. November 2021 hielt Dr. med. I.\_\_\_\_\_ fest, es gelte zu berücksichtigen, dass im Verlauf der bisherigen Krankengeschichte verschiedene Phänomene aufgetreten und auch aktuell nachvollziehbar seien, welche sich aus psychosomatischer Sicht nicht abschliessend erklären liessen. Hierbei handle es sich um sogenannte psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren (ICD-10: F54) und die körperlich nachvollziehbaren Beschwerden würden zumindest punktuell von dissoziativen Störungen der Bewegung und Sinnesempfindlichkeit überlagert. Auch die Episode mit äthiologisch nicht zugeordneten Sehstörungen könnte im Sinne dieser spezifischen Psychopathologie interpretiert werden (Bf-R-act. 3).

#### **E. 5.16**

In seinem Bericht vom 26. November 2021 diagnostizierte Dr. med. J.\_\_\_\_\_ ein lumbospondylogenes Syndrom links mit intermittierender lumboradikulären Reizsymptomatik L5 links bei muskulärer Dysbalance, degenerativen Veränderungen der unteren LWS mit Segmentdegeneration L4/5 und L5/S1, generalisierter Hyperlaxizität und teilweiser funktioneller Begleitproblematik. Dazu führte er aus, die Symptomatik lasse sich nicht alleine auf ein organisches Korrelat zurückführen. Die (im Untersuch festgestellte)

Fusshebeschwäche zeige sich in unterschiedlichen Situationen in unterschiedlichem Ausmass, so dass zusammen mit der ebenfalls angegebenen Urin- und leichter Stuhlinkontinenz ein leichtgradiges schmerzassoziiertes funktionelles Geschehen vermutet werden müsse. Diagnostisch würde er weitere

- 20 - infiltrative Massnahmen vorsehen im Sinne einer Facettengelenksinfiltration L4/5 und L5/S1 beidseits und allenfalls einer Diskographie bzw. eines Diskoblocks. Möglicherweise sei die Symptomatik auf eine segmentale Mikroinstabilität im Sinne eines intradiskalen Derangements zurückzuführen. Sollte ein solches segmentales Problem vorliegen, so müssten die infiltrativen Behandlungen an den Facettengelenken oder an der Bandscheibe zu einer doch deutlicheren Beschwerdelinderung führen. In dieser Situation wäre allenfalls mit einem erfahrenen Wirbelsäulenchirurgen eine segmentstabilisierende Operation zu diskutieren (Bf-R-act. 4). 6. Vorliegend verneinte die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 31. August 2021 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung namentlich mit der Begründung, die bei der Beschwerdeführerin vorliegende Erkrankung führe nicht zu einem länger andauernden Ausfall der Erwerbstätigkeit; die zuletzt ausgeführte Tätigkeit wie auch jegliche angepasste Tätigkeit sei spätestens ab November 2020 wiederum voll zumutbar (Bg-act. 70). Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei insbesondere auf die Abschlussbeurteilung des RAD-Arztes Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2021 ab (Bg-act. 71 S. 10 [Case Report]). Dieser führte darin aus, es bestehe eine LWS-Problematik ohne neurologische Ausfälle (siehe negative EMG vom 8. Dezember 2020 und auch negative PESS). Auch das MRI vom 10. Dezember 2020 sei unauffällig. Laut neurologischem Bericht vom 14. Dezember 2020 seien die durchgeführten Abklärungen als normal zu bewerten. Insbesondere sei weder eine periphere noch eine zentrale Ursache für die Beschwerden gefunden worden. Es sei von Seiten des Urologen von einer intermittierenden Harninkontinenz im Rahmen der lumbospondylogenen Schmerzen die Rede (siehe Arztbericht von Dr. med. M. \_\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2020). Es seien keine Komorbiditäten vorhanden, ausser Kolonpolypen, wobei am 9. Dezember 2020 ein Polyp reseziert worden sei, ohne Auffinden von

- 21 - Dysplasien mit empfohlener Kontrollkoloskopie per 2023. Von psychiatrischer Seite gebe es anscheinend keine gesundheitliche Problematik (siehe Bericht vom 31. August 2020). Aufgrund dieser niedrigen Beweiskonsistenz des Krankheitsbildes, bei welchem eine deutliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Symptomen und den Befunden bestehe, seien die Voraussetzungen für die Anerkennung einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit sowohl in den angestammten Tätigkeiten und so mehr in adaptierten Tätigkeiten nicht gegeben. Auf Eingliederungsmassnahmen dürfte verzichtet werden. Gestützt darauf wies Dr. med. H. \_\_\_\_\_ ab dem

## **E. 6**

Nach Einholung der Abschlussbeurteilung des Arztes des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2021 stellte die IV-Stelle A. \_\_\_\_\_ mit Vorbescheid vom 17. Juni 2021 die Abweisung ihres Leistungsbegehrens in Aussicht. Den getätigten Abklärungen zufolge liege bei ihr eine Erkrankung vor, die nicht zu einem länger andauernden Ausfall der Erwerbstätigkeit führe. Auch bestünden zwischen den angegebenen Beschwerden bzw. Symptomen und den erhobenen Befunden deutliche Diskrepanzen. Es werde davon ausgegangen, dass die zuletzt ausgeführte Tätigkeit wie auch jegliche angepasste Tätigkeit spätestens ab November 2020 wiederum voll zumutbar sei. Dagegen erhob A. \_\_\_\_\_ am 14. Juli 2021 Einwand und machte geltend, ihr

Gesundheitszustand sei noch nicht stabil und es müssten weitere Untersuchungen durchgeführt werden, über welche die Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ Auskunft geben könnten. Daraufhin informierte die IV-Stelle sie, dass im Vorbescheidverfahren keine weiteren medizinischen Unterlagen eingeholt würden und solche bis zum 18. August 2021 (Einwandfrist) eingereicht werden könnten. Nachdem keine weiteren medizinischen Berichte eingegangen waren, entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 31. August 2021 wie vorbeschieden und verneinte einen Anspruch auf eine Invalidenrente und auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

- 4 -

### **E. 7**

Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) am 30. September 2021 Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden erheben und in Aufhebung der Verfügung vom 31. August 2021 beantragen, ihr seien die Leistungen nach Invalidenversicherungsgesetz, namentlich eine Invalidenrente, zuzusprechen. Eventualiter sei die IV-Stelle anzuweisen, den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abzuklären. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, aus den aktenkundigen Berichten gehe hervor, dass sie an invalidisierenden Rückenbeschwerden leide, welche ihre Leistungsfähigkeit einschränkten. Diese seien auch Grund dafür, dass sie seit dem Hebtrauma zu 100 % arbeitsunfähig sei. Trotz Infiltrationen, stationärem Rehaaufenthalt, Physiotherapie, Versuch einer osteopathischen Behandlung und physiotherapeutisch geleiteter medizinischer Trainingstherapie sei es zu Schmerzexazerbationen gekommen. Entsprechend seien ein ISG-Syndrom, ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein Verdacht auf Hypermobilität diagnostiziert worden. Die Beschwerden seien objektivier- und erklärbar. Sie sei deshalb aktuell nicht in der Lage, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Wegen der Rückenproblematik sei sie nebst ihrem Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_\_ insbesondere beim Rheumatologen F.\_\_\_\_\_ in Behandlung. In den Akten fänden sich jedoch keine Berichte dieser beiden Ärzte. Im Winter 2020 habe die IV- Stelle zwar Erinnerungen an diese geschickt, es aber in den weiteren sechs Monaten bis zum Vorbescheid unterlassen, die Ärzte ein weiteres Mal an die Unterlagen zu erinnern. Dies obwohl in den vorliegenden Berichten ausgeführt worden sei, dass die Rückenschmerzen weiterhin abgeklärt werden müssten. Der aktuellste Bericht betreffend den Rücken datiere vom 15. Oktober 2020; aktuellere Berichte fänden sich keine in den Akten. Es könne damit nicht behauptet werden, dass die vorliegenden medizinischen Unterlagen eine Würdigung der Rückenbeschwerden mit dem Beweisgrad

- 5 - der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zuliessen, so dass der rechtserhebliche Sachverhalt als erstellt gelten könne. Mithin sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden. Auch könne auf die Beurteilungen des RAD-Arztes Dr. med. H.\_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden. Bei objektiv vorliegenden Befunden zu ihren Rückenbeschwerden und nachdem jegliche Therapieversuche gescheitert seien, könne von einer niedrigen Beweiskonsistenz keine Rede sein. Ihre Ärzte bestätigten vielmehr weiterhin die damit einhergehenden Einschränkungen und der hohe Leidensdruck. Der RAD-Arzt widerspreche sich auch selbst, wenn er zuerst ausführe, dass am Ende der vorgesehenen osteopathischen Behandlung mit einer 100%igen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden müsse, und dann nach Abbruch dieser Behandlung von keiner Arbeitsunfähigkeit mehr ausgehe. Schliesslich verfüge Dr. med. H.\_\_\_\_\_ mangels Facharztstitels nicht über die erforderlichen Qualifikationen, um eine sachgerechte Beurteilung vornehmen zu können.

## **E. 8**

In ihrer Vernehmlassung vom 4. November 2021 schloss die IV-Stelle (nachfolgend Beschwerdegegnerin) auf Abweisung der Beschwerde. Den Vorbringen der Beschwerdeführerin entgegnete sie unter anderem, dass die RAD-Abschlussbeurteilung in ihren Ergebnissen schlüssig, nachvollziehbar und widerspruchsfrei sei. Die Beschwerdeführerin vermöge diese Einschätzung nicht im Geringsten zu erschüttern. So lägen insbesondere keine abweichenden Arztberichte vor. Dr. med. H. \_\_\_\_\_ verfüge als medico chirurga, specialista in medicina legale e delle assicurazioni (IT), auch über klar genügende fachärztliche Kenntnisse, um die vorliegenden Rückenbeschwerden anhand der Akten zu beurteilen. Diesbezüglich seien seine Ausführungen nachvollziehbar: Das vorhandene Wirbelsäulenleiden sei ärztlicherseits übereinstimmend diagnostisch zugeordnet und auch die Einschätzung der dadurch bewirkten Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit entspreche einhelliger Auffassung. Rechtsprechungsgemäss könnten denn auch reine Aktengutachten

- 6 - beweiskräftig sein, sofern – wie hier – ein lückenloser Befund vorliege und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts gehe. Sämtliche vorliegenden fachärztlichen Abklärungen hätten altersentsprechend normale Befunde ergeben, welche keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermöchten. Daher habe auf das Einholen der Berichte der behandelnden Dres. med. E. \_\_\_\_\_ und F. \_\_\_\_\_ verzichtet werden können. Es bestünden keine Zweifel an der Beurteilung des RAD, dass die Voraussetzungen für die Anerkennung einer bleibenden Arbeitsunfähigkeit nicht gegeben seien.

## **E. 9**

April 2021 und 8. Oktober 2021, einen Bericht von Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 22. November 2021 sowie einen solchen von Dr. med. J. \_\_\_\_\_ vom 26. November 2021 ins Recht.

## **E. 10**

Die Beschwerdegegnerin nahm dazu in ihrer Duplik vom 29. Dezember 2021 in ablehnender Weise Stellung. Auf die weiteren Vorbringen der Parteien in den Rechtsschriften, die ange- fochtene Zwischenverfügung und die weiteren Akten wird, sofern erforder- lich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. II. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 7 - 1. Die vorliegende Beschwerde vom 30. September 2021 richtet sich gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 31. August 2021, worin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen wurde. Eine sol- che Anordnung, welche gemäss Bundesrecht der Beschwerde an das Ver- sicherungsgericht 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 Invalidenversiche- rung [IVG; SR 831.20] sowie Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allge- meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Als for- melle und materielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung. Sie ist folglich zur Beschwerdeerhebung legitimiert (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 59 ATSG). Die Beschwerde wurde überdies frist- und

formgerecht eingereicht (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 demnach einzutreten. 2. Streitgegenstand bildet die Frage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. Zu prüfen ist, ob ein invalidi- sierender Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähig- keit vorliegt bzw. ob ein solcher hinreichend abgeklärt worden ist. 3. Zunächst gilt es verfahrensrechtlich festzuhalten, dass der Beschwerde- gegnerin insoweit nicht gefolgt werden kann, als sie gewisse mit der Replik von der Beschwerdeführerin eingereichte medizinische Berichte pauschal aus dem Recht gewiesen haben möchte. Zwar ist nach ständiger Recht- sprechung des Bundesgerichts der Zeitraum bis zum Abschluss des Ver- waltungsverfahrens die Bezugsgrösse für den entscheidrelevanten Sach- verhalt (BGE 143 V 409 E.2.1 m.H.). Spätere Arztberichte sind aber in die

- 8 - Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeit- punkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. BGE 121 V 362 E.1b am Ende; Urteil des Bundesgerichts 9C\_361/2020 vom 26. Februar 2021 E.3.3 und 8C\_414/2019 vom 25. September 2019 E.2.2.2). 4.1. Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachpersonen zur Verfügung stellen. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben. Dies bedeutet in erster Linie, mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchungen unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, das heisst sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet bzw. nimmt sie dazu Stellung, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Insoweit sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (siehe BGE 145 V 364 E.3.2.1 f., 140 V 193 E.3.1 f. und 132 V 93 E.4; Urteile des Bundesgerichts 8C\_569/2021 vom 2. Februar 2022 E.3.2.2, 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E.3.2, 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E.2.4, 8C\_47/2021 vom 18. März 2021 E.5.2.3). 4.2. Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien

- 9 - Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (siehe BGE 143 V 124 E.2.2.2 und 125 V 351 E.3a). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der 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; Urteile des Bundesgerichts 8C\_380/2021 vom 21. Dezember 2021 E.3.2, 8C\_173/2021 vom 25. Oktober 2021 E.4.1, 8C\_101/2021 vom 25. Juni 2021 E.5.1, 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E.3.2, 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E.2.4). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. BGE 125 V 351 E.3a und 122 V 157 E.1c). 4.3. Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung

- 10 - dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E.3b mit zahlreichen Hinweisen). So kommt den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters allerdings ein strenger Massstab anzulegen (vgl. BGE 125 V 351 E.3b, 122 V 157 E.1c). Bestehen auch bloss geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (vgl. BGE 135 V 465 E.4.3.2 und E.4.4; Urteile des Bundesgerichts 9C\_168/2020 vom 17. März 2021 E.3.2, 8C\_245/2011 vom 25. August 2011 E.5.3). 5. Im konkreten Fall sind zur Beurteilung des Gesundheitszustands bzw. der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

#### **E. 14**

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG i.V.m. Art. 61 lit. f bis ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über 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. Die Rückweisung zu weiteren Abklärungen gilt praxisgemäss als vollständiges Obsiegen der beschwerdeführenden Partei bezüglich der Verteilung der Gerichtskosten und der Zusprache einer Parteientschädigung (vgl. BGE 141 V 281 E.11.1, 137 V 210 E.7.1, 132 V 215 E.6.2). Infolge des Ausgangs des Beschwerdeverfahrens sind die Gerichtskosten von CHF 700.--

- 29 - demnach der Beschwerdegegnerin zu überbinden (vgl. Art. 73 Abs. 1 VRG).

#### **E. 15**

Die Beschwerdeführerin hat gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG Anspruch auf Ersatz der Parteikosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Die Bemessung der Entschädigung erfolgt

ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, wobei der zeitliche Aufwand der Rechtsvertretung regelmässig von der Schwierigkeit des Prozesses mitbestimmt wird. Im Übrigen wird die Bemessung der Parteientschädigung gemäss Art. 61 Ingress ATSG nach dem kantonalen Recht bestimmt (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_714/2018 vom 18. Dezember 2018 E.9.2, 9C\_321/2018 vom 16. Oktober 2018 E.6.1, 9C\_688/2009 vom 19. November 2009 E.3.1.1 f.). Gemäss Art. 78 VRG i.V.m. Art. 2 der Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (Honorarverordnung, HV; BR 310.250) wird die Parteientschädigung nach Ermessen des Gerichts festgesetzt, wobei es grundsätzlich von dem in der Honorarnote geltend gemachten (und als angemessen zu betrachtenden) Aufwand sowie (üblichen) Stundenansatz ausgeht. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin reichte trotz entsprechender Aufforderung durch das Gericht mit Schreiben vom 8. November 2021 keine Honorarnote ein. Der Beschwerdeführerin ist deshalb unter Berücksichtigung des praxisgemäss bei fehlender Honorarvereinbarung geltenden Stundenansatzes von CHF 240.-- (vgl. statt vieler Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden R 17 86 vom 17. April 2018 E.5.2) eine pauschale Parteientschädigung in der Höhe von CHF 3'500.-- (inkl. Spesen und MWST) zuzusprechen. In diesem Umfang hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin aussergerichtlich zu entschädigen. III. Demnach erkennt das Gericht:

- 30 -

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