



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

URTEIL vom 19. Juli 2021 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin
vertreten durch RA MLaw B. _____

gegen

IV-Stelle Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug
Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2019 149

A. Mit Verfügung vom 19. Dezember 2011 wies die IV-Stelle Zug ein erstes Gesuch der 1984 geborenen A. _____ um Leistungen der Invalidenversicherung mangels eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens ab (IV-act. 28).

Unter Hinweis auf Rücken- und Knieschmerzen sowie Migräneanfälle mit Lähmungen meldete sich die Versicherte am 23. Februar 2016 erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 33). Daraufhin tätigte die IV-Stelle Zug Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Insbesondere liess sie die Versicherte polydisziplinär begutachten (MEDAS-Gutachten vom 14. Juni 2017 [IV-act. 67]). Anschliessend fanden berufliche Eingliederungsmassnahmen statt (IV-act. 74, 78, 88). Nach deren Abschluss konnte die Versicherte eine Teilzeitstelle im geschützten Rahmen antreten (IV-act. 105). Weiter klärte die IV-Stelle Zug die Einschränkung im Haushalt ab (Abklärungsbericht vom 16. April 2018 [IV-act. 101]). Mit Vorbescheid vom 6. Dezember 2018 stellte sie die Zusprache einer halben Invalidenrente vom 1. September 2016 bis 31. Juli 2017 in Aussicht (IV-act. 118). Nach Eingang der Einwände der Versicherten (IV-act. 125) verfügte sie am 25. September 2019 im angekündigten Sinne (IV-act. 133).

B. Dagegen erhob A. _____ am 28. Oktober 2019 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Anordnung eines Gerichtsgutachtens und Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente ab dem 1. September 2016, eventualiter um Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur erneuten Begutachtung. Daneben ersuchte die Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsverbeiständung (act. 1 S. 2). Im Wesentlichen bestritt sie den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens sowie des Berichts über die Haushaltsabklärung, machte eine nach der Begutachtung eingetretene Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes geltend und bemängelte sowohl ihre Qualifikation als auch den Einkommensvergleich.

C. Mit Verfügung vom 18. November 2019 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht gewährt und Rechtsanwältin MLaw B. _____ als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt (act. 4).

D. Nachdem die Verwaltung in ihrer Vernehmlassung vom 31. Januar 2020 auf Abweisung der Beschwerde geschlossen hatte (act. 6 S. 2), gingen keine weiteren Eingaben der Parteien beim Gericht ein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1.

1.1 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 25. September 2019) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

1.2 Am 1. Januar 2018 sind die geänderten Bestimmungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft getreten. Mit dieser Änderung wurde für die Festlegung des Invaliditätsgrades von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode (Art. 28a Abs. 3 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]) in Art. 27^{bis} Absatz 2–4 IVV ein neues Berechnungsmodell eingeführt.

Die angefochtene Verfügung ist am 25. September 2019 und somit nach Inkrafttreten der Verordnungsänderung ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Verordnungsbestimmungen am 1. Januar 2018 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2017 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die revidierten Verordnungsbestimmungen abzustellen (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2.2; vgl. BGer I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1).

1.3 Am 1. Januar 2021 sind sodann die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Art. 82a ATSG sieht vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 28. Oktober 2019 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben, stammt doch die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug. Die Verfügung datiert vom 25. September 2019 (BF-act. 2) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich der Beschwerdeführerin eingetroffen (vgl. auch act. 1 S. 3). In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 28. Oktober 2019, wurde gleichentags der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Damit ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

- 3.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:
- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können;
 - b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
 - c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert oder aufgehoben, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im neuen Gesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a; 109 V 108 E. 2b).

3.4 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere

ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich. Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3).

3.5 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 134 V 131 E. 3 und 133 V 108 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; BGer 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.6 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.7 Bei nichterwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen eine Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist sinngemäss anwendbar (Art. 28a Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 Abs. 3 ATSG; spezifische Methode; statt vieler BGE 141 V 15 E. 3.2).

3.8 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG); dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen).

4. Die leistungsablehnende Verfügung vom 19. Dezember 2011 (IV-act. 28) bildet den Referenzzeitpunkt für die Prüfung einer allfälligen Änderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Rahmen der Neuanschuldung (E. 3.3). Damals wurde ein sich auf die Arbeitsfähigkeit einschränkend auswirkender Gesundheitsschaden ausgeschlossen (Rheumatologisches Gutachten von Dr. med. C. _____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 8. September 2011 [IV-act. 24], Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes vom 4. November 2011 [IV-act. 25] und Verfügung vom 19. Dezember 2011 [IV-act. 28/1]).

5. Im MEDAS-Gutachten vom 14. Juni 2017 (IV-act. 67/1-67) wurden folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 67/63–64):

- Rezidiv einer morbiden Adipositas mit Zeichen der statischen Überlastung und mit Dekonditionierung
 - Status nach Xenical-Therapie 1997 (mit 13 Jahren) bei schon damaliger morbidier Adipositas
 - Status nach laparoskopischem proximalem Roux-Y-Magenbypass am 17.01.2013 bei Ausgangsgewicht von 135 kg/BMI 48
 - Status nach Gewichtsabnahme von 46 kg innerhalb von 11 Monaten bis Ende 2013
 - kontinuierliche Gewichts-Wiederzunahme in den letzten drei Jahren, aktuell 163 cm/122.4 kg/BMI 46
 - Status nach Bypass-Korrektur-Operation am 16.10.2015: Diagnostische Laparoskopie und Verschluss des Peterson-Pouches und des SS-Mesoschlitzes am 16.10.2015
- Chronische Kopfschmerzen, Mischform von
 - Migräne bzw. so genannte sporadische hemiplegische Migräne (1.2.5 gemäss ICHD-II)
 - Spannungstyp-Kopfschmerzen
 - Verdacht auf Analgetika-Induktion bzw. MÜKS (Medikamenten-Übergebrauchs-Kopfschmerz)
 - Status nach stationärem Medikamenten-Entzug bei Medication overuse headache ICHD-II 8.2

- Residuelles vorderes Knieschmerz-Syndrom infrapatellär links
- Status nach Kniearthroskopie am 29.02.2016 mit Déridement sowie Eröffnung/Needling der vermuteten Ganglionhöhle anteromedial
- MRI 26.10.2016: Innenmeniskusvorderhorn-Ganglionrezidiv, leichte Bursitis subgastrocnemia medialis und beginnende Erosion am Ursprung der medialen Gastrocnemius-Sehne sowie tiefer Knorpelschaden an der lateralen Patellafacette bei Trochleadysplasie und Patellalateralisation

Keine wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter folgenden weiteren Diagnosen bei (IV-act. 67/64):

- Status nach (bei?) Binge-Eating-Störung (DSM-5 F50.8)
- Verdacht auf depressive Störung (ICD-10 F32.9)
- Verdacht auf somatoforme Störung (ICD-10 F45.9)
 - leichtes sensomotorisches Hemisyndrom rechts
 - Verdacht auf Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.9)
 - Status nach Tramadolabusus 2010 bis 2016
 - gemäss Frau A. _____ regelmässige Einnahme von Palexia (kurzwirksames Opiat), aktuell im Serum nicht nachweisbar, deshalb möglicherweise keine Abhängigkeit (unklar)
- Partielle Hyperlaxität
- Status nach medio-rechtslateraler, leicht kompressiver Diskushernie L4/5 2009 (Schmerzsymptomatik aber auf der linken Seite), Diskushernie im MRI 2010 nicht mehr nachweisbar
- Status nach HWS-Beschwerden 05/2016 mit Protrusionen HWK 3/4, 4/5 und 5/6 im MRI
- Varikosis
 - Status nach Krossektomie der Vena saphena magna links, Perforansligatur, Seitenast-Phlebektomie 2013 bei chronisch-venöser Insuffizienz
- Status nach Bronchopneumonie des rechten Unterlappens 2012 mit Sepsis (Hospitalisation)
- Anamnestisch Nikotinkonsum, offenbar gering
- Ergänzende gastrointestinale Diagnosen: Status nach Hepatitis B
- Adipositas mit Hepatomegalie
- Status nach Cholezystolithiasis 2013, Status nach laparoskopischer Cholezystektomie am 26.04.2014
- Status nach Laparoskopie, Appendektomie und Dünndarm-Revision 01/2015
- Unklare Sehbeschwerden (Myopie?), eventuell Topamax-Nebenwirkung? Unklar erhöhte Blutsenkungsreaktion mit Leukozytose bei grenzwertiger Anämie, laut Versicherter chronische Eisenmangelanämie

Weiter führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin betrachte sich aktuell als nicht mehr arbeitsfähig, einerseits wegen ihrer Schmerzen und Fühlstörungen im rechten Arm, dann auch wegen der Beschwerden im linken Knie; andererseits wage sie sich wegen ihren Migräneanfällen mit Sturztendenz nicht mehr alleine auf die Strasse (IV-act. 67/51).

Mit Bezug auf die Schmerzangaben der Beschwerdeführerin zum Bewegungsapparat stellten die Gutachter mehrere Inkonsistenzen fest. Die 2009/2010 geklagten intensiven Beinschmerzen links seien mit dem eine Diskushernie rechts zeigenden Befund der Magnetresonanztomografie (MRI) nicht zu vereinbaren. 2010 habe die Beschwerdeführerin erstmals Armschmerzen und Sensibilitätsstörungen links angegeben. Es habe aber keine Pathologie erhoben werden können. Eine Überwachung habe gezeigt, dass die Beschwerdeführerin den linken Arm phasenweise intensiv einsetze. 2014 sei erstmals ein Hemi-Syndrom rechts beschrieben worden. Ein erklärender pathologischer Befund habe aber nie erhoben werden können. Die Beschwerdeführerin zeige bei der körperlichen Untersuchung in der MEDAS eine massive motorische Schwäche, ähnlich wie sie 2010/2011 am linken Arm geklagt habe (IV-act. 67/53).

Zur Opiatabhängigkeit gaben die Gutachter an, die Beschwerdeführerin habe während fünf Jahren Tramadol eingenommen und sei davon erfolgreich entzogen worden. Nun seien ihr postoperativ Morphin-Tropfen verschrieben worden, was eigentlich nach Eingriffen sachgerecht sei. Nicht sachgerecht sei aber, dass ihr nachher eine Langzeit-Opiattherapie verschrieben worden sei. Total falsch sei sodann die Gegebenheit, dass der Beschwerdeführerin bei ihrer diffusen Schmerzkrankheit und bei Situation nach Magen-Bypass eine Dauer-Opiattherapie mit Palexia verschrieben worden sei, welche nicht indiziert sei. Weiterhin verfehlt sei die Gegebenheit, dass man diese Dauer-Opiattherapie mit einem kurzwirksamen Opiat durchführt, welches man mehrmals täglich einnehmen müsse, was rasch süchtig mache. Die Beschwerdeführerin selbst habe ihre Abhängigkeit dem fallführenden Gutachter gegenüber bestätigt (IV-act. 67/54).

Hinsichtlich der Adipositas stellten die Gutachter fest, dass nach mehrjährigen Abklärungen, Diäten und Behandlungen durch eine Bypass-Operation und eine Gewichtsabnahme von 46 kg ein ausserordentlicher Erfolg erzielt worden sei. Dieser Erfolg sei in knapp drei Jahren mit einer Gewichtszunahme von etwa 33 kg wieder zunichte gemacht worden. Die Gründe dazu seien vielfältig, aber wahrscheinlich bestehe die Essstörung immer noch (IV-act. 67/54–55).

Die Gutachter bemängelten sodann die medikamentöse Behandlung. So nehme die Beschwerdeführerin mit Dafalgan und Novalgin zwei der Medikamente wieder ein, von denen sie im September/Oktober 2015 vorübergehend, für sechs Wochen erfolgreich entzogen worden sei. Weiter stehe die Beschwerdeführerin aktuell unter zwei

Antidepressiva, die bei ihr kontraindiziert seien. Beide Antidepressiva könnten oft Kopfschmerzen bereiten, zu muskuloskelettalen Beschwerden führen und häufig, respektive sehr häufig zu einer Obstipation. Auch das Topamax, das als Migräne-Prophylaxe eingenommen werde, könne häufig Kopfschmerzen auslösen. Ausserdem könne auch das bereits oben erwähnte Opiat Palexia Kopfschmerzen und Obstipation auslösen. Die Beschwerdeführerin, die eine chronische Kopfschmerz-Patientin sei, nehme somit regelmässig vier Medikamente ein, die chronische Kopfschmerzen auslösen und unterhalten könnten. Sodann nehme sie, die nach einer Magen-Bypass-Operation über quälende Obstipation klage, auch insgesamt drei Medikamente ein, welche zur Obstipation führen könnten, was absolut kontraproduktiv sei. Somit schlossen die Gutachter auf eine krasse Fehlbehandlung (IV-act. 67/55).

Aktuell klage die Beschwerdeführerin über eine Gefühlsverminderung auf der ganzen rechten Körperhälfte. In den Fingern und Zehen verspüre sie immer auch Ameisenlaufen. Aufgrund der motorischen Störungen in der rechten Körperhälfte könne man von einem sensomotorischen Halbseiten-Syndrom rechts sprechen. Da für diese Symptomatik kein organischer Befund bestehe und die Beschwerdeführerin 2011 an einer ähnlichen Symptomatik auf der linken Körperseite gelitten habe, müsse man hier von einer tiefgehenden somatoformen Begleitstörung ausgehen. Bei den Untersuchungen durch den fallführenden Gutachter und den Neurologen habe die Beschwerdeführerin einen Augent-ic links gezeigt, der sich verloren habe. Das Ergebnis der Kraftproben am Vigorimeter rechts sei nicht nachvollziehbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe an der linken, beschwerdefreien Hand bzw. am linken Arm eine Vigorimeterkraft von 85 kPa erzielt, mit der rechten Hand zunächst 15 kPa, dann auf Ermunterung und erneute Anleitung hin 13 kPa. Da 30 kPa einem Pinzettengriff ohne grösseren Druck entsprechen, sei dieser Wert angesichts der fehlenden organischen Befunde absolut nicht nachvollziehbar (IV-act. 67/55–56).

Die rheumatologische Untersuchung habe eine deutliche Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, muskulärer Dysbalance, allgemeiner Dekonditionierung, leichten Genua valga im Stehen sowie ausgeprägten Knick-Senkfüssen ergeben. Die angegebenen, linksbetonten Nacken-/Schulter- und Lendenwirbelsäulenbeschwerden entsprächen einem myofaszialen Reizzustand mit Insertionstendinosen am Beckenkamm und Trochanter major links. Klinisch ergäben sich keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik. Im Weiteren bestünden keine Verdachtsmomente weder für eine Segmentinstabilität noch für eine Erkrankung aus dem

entzündlich-rheumatischen Formenkreis. Die Beschwerdeführerin zeige eine massiv schmerzhaft eingeschränkte linke Schulter bei seitengleich unauffälliger Trophik des Schultergürtels und bei diskrepant dazu unauffälliger globaler Schulterbeweglichkeit, geprüft mit dem Nacken- und Schürzengriff, und mit freiem Einsatz des linken Armes im Schultergelenk beim Ent- und Ankleiden. In der klinischen Untersuchung zeige die Beschwerdeführerin bezüglich des linken Kniegelenkes wie auch der Wirbelsäule eine erhebliche Selbstlimitierung. Ein dysfunktionales Schmerzverhalten sei unübersehbar. Der kernspintomografische Befund des linken Knies vom 28. Oktober 2016 beschreibe Pathologien, die jedoch höchst fraglich im Zusammenhang mit der angegebenen Beschwerdesymptomatik stünden, zumal gemäss dem behandelnden Orthopäden eine Infiltration weder unmittelbar noch im Verlauf zu einer Beschwerdeverbesserung geführt habe, sondern im Gegenteil zu einer Beschwerdezunahme. Die Situation hinsichtlich der Kniebeschwerden links bleibe unklar. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin finde im Mai 2017 eine orthopädische Zweitmeinung an der orthopädischen Klinik D. _____ statt (IV-act. 67/56).

Aus neurologischer Sicht seien die seit Mai 2014 immer wieder vorkommenden und immer gleich ablaufenden Attacken mit sich vom Kopf auf die ganze rechte Körperseite ausbreitender Hypästhesie/Parästhesie, mit Sprechstörung, motorischer Lähmung und deswegen Sturz, gefolgt von heftigstem, pulsierendem Kopfschmerz links hemikraniell, als Migräne zu beurteilen. Dafür beweisend sei das gute Ansprechen auf Zomig (kein Analgetikum, sondern ein Serotonin-Agonist). Die geschilderten Symptome – reversible motorische Schwäche, reversible Sprechstörung und sensible Hemi-Symptomatik, zusammen mit Hemikranie – erlaubten gemäss Klassifikation der internationalen Kopfwehgesellschaft die Zuordnung zu einer sporadischen hemiplegischen Migräne. Die zusätzlich permanent vorhandenen druckartigen, frontal-dumpfen Kopfschmerzen seien hauptsächlich dem Spannungstyp zuzuordnen, welche durch zum Teil starke Analgetika zusätzlich alimentiert würden. Aus neurologischer Sicht sei die seit der ersten Attacke der hemiplegischen Migräne im Frühling 2014 auch im Intervall persistierende, leichte Hemisymptomatik rechts, ohne objektivierbare entsprechende Befunde nicht erklärbar. Auch fänden sich zahlreiche Inkonsistenzen wie zum Beispiel eine problemlose Handschrift trotz aufgehobenem Lagesinn, ein schwer beeinträchtigter Tastsinn und eine schwer beeinträchtigte Finger-Feinmotorik bei scheinbar mühelosem Gebrauch dieser Hand für An- und Auskleiden. Schliesslich habe auch mit zahlreichen technischen Zusatzuntersuchungen nie eine relevante Pathologie des zentralen Nervensystems nachgewiesen werden können. Bei diesem Hemisyndrom rechts könne mit relativ grosser

Sicherheit eine funktionelle Genese angenommen werden, wie dies auch von den Voruntersuchern differentialdiagnostisch immer wieder in Betracht gezogen worden sei. Da die hemiplegischen Migräneattacken mit Notfallhospitalisation sehr dramatisch abgelaufen seien, sei es nachfühbar, dass sich bei ängstlicher Konstitution eine derartige funktionelle Fixierung der Symptomatik herausbilden könne. Die episodischen Kribbelparästhesien an den Händen und Füßen, zum Teil auch im Gesicht inklusive Zunge, verbunden mit Verkrampfung der Finger/Füße, häufig lateralisiert und hauptsächlich in Ruhe bzw. abends im Bett, liessen auf eine vegetativ-dysregulatorische Genese schliessen. Auch die in den Akten erwähnte flüchtige Halbseitensymptomatik links im Sommer 2011 sei als vegetativ bedingt anzusehen. Dasselbe dürfte für die jeweils abends im Bett vorkommende Kurzatmigkeit, für den Druck auf der Brust, für die nächtliche Hyperhidrosis und das vereinzelte Herzrasen zutreffen. Diese seien übliche Begleitbeschwerden bei Angststörungen und Depression (IV-act. 67/57).

Nach Erhebung des Psychostatus nach dem AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) stellte der psychiatrische Gutachter fest, dass die Beschwerdeführerin der Exploration über 2 ½ Stunden inklusive 15 Minuten Pause trotz Kopfschmerzen problemlos habe folgen können. Es hätten sich weder Auffassungsprobleme noch eine Ablenkung durch die Schmerzen gezeigt. Zwar habe die Beschwerdeführerin sehr viel über ihre Schmerzen geklagt, es sei aber kaum ein Schmerzverhalten in Haltung, Bewegung, Mimik und Gestik zu beobachten gewesen. Das Gesamtbild bleibe unklar. Der Verdacht auf Schmerzen und auch auf andere somatische Beschwerden ziehe sich recht konstant durch die Berichte von 2010 bis 2016. Die Angaben zur Depression seien mehrheitlich nicht gut belegt. Es werde auch nicht klar, warum eine rezidivierende Depression vorliegen solle. Die von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 27. September 2016 (IV-act. 51) angegebenen 150 mg Eflexor schienen bei einer als mittelschwer bis schwer eingeschätzten Depression eine zu geringe Dosis zu sein. Die Berichte der somatisch behandelnden Ärzte hätten keine Hinweise dafür ergeben, dass die Beschwerdeführerin seit 2010 schwer depressiv gewesen wäre. Das von der Beschwerdeführerin heute beschriebene Essverhalten sei zur früheren diskutierten Diagnose eines Binge-Eatings nicht mehr passend. Darüber hinaus wäre deren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eher gering. Sowohl auf Seite der zu vermutenden somatoformen Störung wie auch auf der Seite der möglichen affektiven Störung liege noch eine Kombinationspharmakotherapie vor, welche alle diese Symptome hervorrufen könne. Auf dieser Basis sei es aktuell nicht

möglich, eine der möglichen Diagnosen zu belegen und die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit zu beurteilen (IV-act. 67/58–60).

Abschliessend verneinten die Gutachter eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin seit dem ersten schweren Migräneanfall mit Hemiplegie am 18. August 2015, attestierten aber seit der Schlussbesprechung am 12. Mai 2017 eine bestehende volle Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Beschäftigung an Maschinen, Nacht- oder Schichtarbeit (IV-act. 67/65–66).

6.

6.1 Die Beschwerdeführerin bestreitet den Beweiswert des MEDAS-Gutachtens vom 14. Juni 2017 und bemängelt zunächst die Ausklammerung der Abhängigkeitsstörung. Dabei rügt sie insbesondere die fehlende Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren seitens des psychiatrischen Gutachters (act. 1 S. 15 ff.).

Dem ist zu entgegnen, dass die erhobenen psychischen Befunde höchstens leichtgradig sind und keine sichere Diagnose erlauben. Dementsprechend wurden bei der depressiven Störung (ICD-10 F32.9), der somatoformen Störung (ICD-10 F45.9) und der Opiatabhängigkeit (ICD-10 F11.9) lediglich Verdachtsdiagnosen gestellt. Dies reicht zur Anerkennung eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens rechtsprechungsgemäss nicht aus (BGer 9C_795/2017 vom 19. März 2018 E. 3.1.2 mit Hinweis). Nachdem die frühere Essstörung nunmehr abgeklungen ist und nur noch als Status nach Binge-Eating-Störung (DMS 5 F50.8) beschrieben wird, ist ein psychischer Gesundheitsschaden im Begutachtungszeitpunkt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verneinen.

Hinweise auf eine nachträglich eingetretene Veränderung der psychischen Beschwerden, insbesondere eine Verschlechterung, lassen sich den Berichten über die verschiedenen weiteren somatischen Abklärungen im F. _____ Kantonsspital nicht entnehmen (vgl. Berichte vom 15. September 2017 [IV-act. 81], 23. Januar 2018 [IV-act. 97/1–2], 1. Februar 2018 [IV-act. 97/3–5], 20. März 2018 [IV-act. 107/8–9], 23. März 2018 [IV-act. 100 und 107/5–7], 20. August 2018 [IV-act. 112/3–4] und 22. August 2018 [IV-act. 112/1–2]).

Seit Oktober 2017 ist die Beschwerdeführerin in der G. _____ in Behandlung. Zwar wurden im Bericht vom 21. September 2018 (IV-act. 116) eine rezidivierende depressive

Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional-instabil vom Borderline-Typ, histrionisch) sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) diagnostiziert. Aufgrund eines Leistungsaufschubes der Krankenkasse sind jedoch nur Kriseninterventionen möglich. Dementsprechend haben weder eine kognitive Testung noch ein SKID-II Interview aufgrund der "vermuteten" Persönlichkeitsakzentuierung durchgeführt werden können. Mit Bezug auf die Persönlichkeitsakzentuierung liegt somit lediglich eine noch nicht erhärtete Verdachtsdiagnose vor. Mangels einer eingehenden Befunderhebung ist sodann davon auszugehen, dass die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hauptsächlich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhen. Angesichts der vermuteten histrionischen Persönlichkeitsakzentuierung kommt einer objektiven Würdigung der angegebenen Beschwerden durch den Facharzt im Rahmen der Diskussion der Diagnostik wesentliche Bedeutung zu, was im Bericht der G. _____ nicht erfolgt ist, weshalb er nicht geeignet ist, die Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten vom 14. Juni 2017 in Frage zu stellen. Darüber hinaus wurden die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung und einer chronischen Schmerzstörung, welche bereits 2016 vom damals behandelnden Psychiater Dr. E. _____ gestellt wurden (vgl. Bericht vom 27. September 2016 [IV-act. 51]), von den MEDAS-Gutachtern im Jahr darauf verworfen (E. 5). Die kaum diskutierte Wiederholung derselben durch die Ärzte der G. _____ im Rahmen von Kriseninterventionen vermag die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Verschlechterung nach der Begutachtung keineswegs zu belegen.

6.2 Sodann rügt die Beschwerdeführerin eine Diskrepanz zwischen der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Gutachter und den Resultaten der beruflichen Eingliederungsmassnahmen (act. 1 S. 17 f.).

Dazu lässt sich dem Verlaufsprotokoll Eingliederung (IV-act. 95) entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Herbst 2017 zunächst ein dreimonatiges Belastbarkeitstraining im geschützten Bereich absolvieren konnte, dem ein wiederum dreimonatiges Arbeitstraining folgte. Trotz motivierter und konstruktiver Mitarbeit der Beschwerdeführerin gelang die Steigerung des täglichen Arbeitspensums auf mehr als fünf Stunden nicht. Die Beschwerdeführerin sei an ihre Grenze gestossen, was zu vermehrten Ohnmachtsanfällen

geführt habe. Die Beschwerdeführerin habe dies mit zunehmendem Stress bei Planung der Kinderbetreuung und mit dem Arbeitsweg begründet (IV-act. 95/3–4).

Auch dem Schlussbericht des Betriebs vom 28. Februar 2018 (IV-act. 94) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin während der Massnahme zwar Einsatz und Motivation an den Tag gelegt hatte, die von ihr erwartete Leistung jedoch weder in qualitativer noch in quantitativer Hinsicht erbringen konnte. Die ihr gezeigten Techniken zur Leistungsverbesserung setzte sie nur kurzzeitig ein (IV-act. 94/2 und 94/4). Aus diesem Verhalten ist nicht auf eine Arbeitsunfähigkeit zu schliessen, sondern eher auf eine Manifestation im Arbeitsalltag des bereits von den Gutachtern in der Untersuchungssituation mehrmals festgestellten selbstlimitierenden Verhaltens (IV-act. 67/56).

6.3 Sodann macht die Beschwerdeführerin eine nach der Begutachtung eingetretene Verschlechterung geltend. So seien die Kniebeschwerden bei der Begutachtung noch in Abklärung gewesen. Abklärungen zum Verlauf dieses Leidens fehlten. Weiter dränge sich nach der erfolgten Anpassung der Medikation eine erneute Begutachtung auf. Schliesslich sei neu eine ausgeprägte Müdigkeit aufgetreten, die abgeklärt werden müsse (act. 1 S. 18 ff.).

Bei Abschluss der Behandlung boten die behandelnden Ärzte des F. _____ Kantonsspitals der Beschwerdeführerin die Einholung einer Zweitmeinung an. Dies lehnte sie jedoch ab (vgl. Bericht vom 18. November 2016 [IV-act. 55]). Offenbar änderte die Beschwerdeführerin in der Folge ihre Meinung, gab sie doch bei der Begutachtung in der MEDAS an, dass im Mai 2017 die Einholung einer Zweitmeinung an der orthopädischen Klinik D. _____ geplant sei (IV-act. 67/56). Unterlagen dazu liegen nicht bei den Akten. Es ist allerdings zu erwarten, dass allfällige relevante Befunde dieser Abklärung den behandelnden Ärzten der Sprechstunde für Kniechirurgie am F. _____ Kantonsspital weitergeleitet worden wären und im Bericht vom 23. März 2018 (IV-act. 107/5–7) Niederschlag gefunden hätten. Weder in diesem Bericht noch in den übrigen, nach der Begutachtung in der MEDAS verfassten Berichten der verschiedenen involvierten Ärzte im F. _____ Kantonsspitals finden sich jedoch Hinweise für eine externe Abklärung der Kniebeschwerden (vgl. Berichte des Neurozentrums vom 15. September 2017 [IV-act. 81], 1. Februar 2018 [IV-act. 97/3–5], 23. März 2018 [IV-act. 100], 22. Juni 2018 [IV-act. 107/1–2] und 22. August 2018 [IV-act. 112/1–2], des Adipositaszentrums vom 23. Januar 2018 [IV-act. 97/1–2], des Herzzentrums vom 20. März 2018 [IV-act. 107/8–9] sowie der

Notfallpraxis vom 20. August 2018 [IV-act. 112/3–4]). Selbst im Beschwerdeverfahren unterliess es die Beschwerdeführerin, substantiierte Angaben zu dieser Abklärung zu machen und allfällige sich in ihrem Besitz befindende Unterlagen einzureichen. Aufgrund der anfänglichen Weigerung der Beschwerdeführerin, die Zweitmeinung einzuholen und mangels näherer Angaben zur angeblich geplanten Abklärung in den Akten, genügt die unsubstantiierte Behauptung anlässlich der Begutachtung in der MEDAS für sich allein nicht als Anlass zur Vornahme weiterer Abklärungen, weshalb die Beschwerdegegnerin ohne Verletzung der Untersuchungsmaxime darauf verzichten durfte (vgl. dazu BGE 110 V 48 E. 4a).

Die von der Beschwerdeführerin neu geklagte Müdigkeit wurde erstmals im Bericht des Neurozentrums des F._____ Kantonsspitals vom 22. August 2018 (IV-act. 112/1–2) dokumentiert. Es folgte die Empfehlung zur Absetzung des Antidepressivums Saroten und zur Durchführung einer Schlafabklärung. Diese Empfehlung wurde trotz weiterhin angegebener, starker Tagesmüdigkeit offenbar nicht umgesetzt, nahm doch die Beschwerdeführerin einen Monat später laut Bericht der G._____ vom 21. September 2018 (IV-act. 116) immer noch die gleiche Dosis dieses sedierenden Medikaments ein. Auch die von den MEDAS-Gutachtern empfohlene Anpassung der Medikation scheint noch nicht vollständig erfolgt zu sein. Zwar wird der Beschwerdeführerin das Opiat Palexia nicht mehr verordnet. Sie nimmt jedoch weiterhin das Antidepressivum Efexor sowie verschiedene Schmerzmittel ein. Auch hält sie die verschriebene Dosis Topamax nicht ein (vgl. Bericht des F._____ Kantonsspitals, Notfallpraxis, vom 20. August 2018 [IV-act. 112/3–4]). Unter diesen Umständen kann von einer vollzogenen Anpassung der Medikation nicht die Rede sein, weshalb sich eine erneute Begutachtung (noch) nicht aufdrängt.

6.4 Insgesamt entspricht das MEDAS-Gutachten vom 14. Juni 2017 den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c). So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch in schlüssiger Weise die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und beruht auf eingehenden internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen. Die Gutachter schilderten ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit sowie mit dem Verlauf der Beschwerden und dem Verhalten der Explorandin während der Untersuchungen auseinander.

Aus diesen Gründen überzeugt die Einschätzung der Gutachter einer Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin seit dem ersten schweren Migräneanfall mit Hemiplegie am 18. August 2015 und einer seit 12. Mai 2017 bestehenden, vollen Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Beschäftigung an Maschinen, Nacht- oder Schichtarbeit. Auf das MEDAS-Gutachten vom 14. Juni 2017 darf somit abgestellt werden.

6.5 Zu erwähnen bleibt, dass die unterschiedliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Ärzte der G. _____ im Bericht vom 21. September 2018 (50%ige Arbeitsfähigkeit im geschützten Arbeitsmarkt [IV-act. 116]) die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens nicht zu erschüttern vermag. Zunächst liegt es in der Natur der Sache, dass einer Arbeitsfähigkeitseinschätzung notwendigerweise ein erheblicher Beurteilungs- und Ermessensspielraum inhärent ist. Weiter erfolgte die Arbeitsfähigkeitseinschätzung der G. _____-Ärzte trotz der dort gestellten psychiatrischen Diagnosen nicht in Anwendung der Standardindikatoren, weshalb sie den höheren Beweiswert des Administrativgutachtens nicht zu erreichen vermag.

Nicht zuletzt ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen). Solche Aspekte lassen sich der Berichterstattung der G. _____ nicht entnehmen. Schliesslich berücksichtigten die MEDAS-Gutachter sämtliche von der Beschwerdeführerin im Rahmen der Untersuchung geklagten Beschwerden sowie die von den bisher involvierten Ärzten erhobenen Befunde und abgegebenen Beurteilungen.

6.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht einerseits von einer Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin seit August 2015, andererseits von einer seit 12. Mai 2017 bestehenden vollen Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Beschäftigung an Maschinen, Nacht- oder Schichtarbeit ausgegangen ist (IV-act. 130/4). Damit ist eine Verschlechterung seit der letzten Rentenablehnung (E. 4) ausgewiesen, weshalb zu prüfen ist, ob eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (vgl. E. 3.3).

7.

7.1 Sowohl bei der erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch bei der Rentenrevision und im Neuanmeldungsverfahren ist die Methode der Invaliditätsbemessung (Art. 28a IVG) zu bestimmen (BGE 144 I 28 E. 2.2; 117 V 198 E. 3b). Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was die Person bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 144 I 28 E. 2.3; 141 V 15 E. 3.1; 137 V 334 E. 3.2; 125 V 146 E. 2c; 117 V 194 E. 3b).

Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch die hypothetischen Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Diese Entscheidungen sind als innere Tatsachen wesensmässig einer direkten Beweisführung nicht zugänglich und müssen in der Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (vgl. BGE 144 I 28 E. 2.4).

7.2 Die Beschwerdegegnerin qualifizierte die Beschwerdeführerin gestützt auf das zwischen Dezember 2013 und August 2015 inne gehabte Pensum als im Gesundheitsfall zu 55 % erwerbstätig und zu 45 % im Aufgabenbereich Haushalt tätig (IV-act. 101/3 und 130/4–5). Demgegenüber macht die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren geltend, dass von einer 80%igen Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall auszugehen sei, denn bei Antritt der 55 %-Anstellung sei sie schon gesundheitlich angeschlagen gewesen (act. 1 S. 22 f.).

Dem ist zu entgegnen, dass 2011 bei der Beschwerdeführerin ein sich auf die Arbeitsfähigkeit einschränkend auswirkender Gesundheitsschaden verneint wurde (vgl. E. 4). Ob sie bei Stellenantritt Ende 2013 ein Pensum von mehr als 55 % angestrebt hatte, kann offengelassen werden. Denn in der Folge unternahm sie keine Anstalten, das Pensum zu erhöhen. Wenn sie dies mit gesundheitlichen Beschwerden begründet, ist ihr nicht zu folgen. Sollte sie die Erwerbstätigkeit aus Rücksicht auf ihren Gesundheitszustand – präventiv – nicht ausgeweitet haben, ist dies nicht mit einem aus gesundheitlichen Gründen erzwungenen Verzicht auf eine Aufstockung des Arbeitspensums gleichzusetzen (vgl. BGer 8C_822/2008 vom 24. April 2009 E. 4). Eine objektivierbare, dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist erst mit der gutachterlich attestierten Unzumutbarkeit der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin ab August 2015 ausgewiesen (vgl. E. 6.6). Unter diesen Umständen erscheint es überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall hypothetisch weiterhin zu 55 % erwerbstätig wäre, was bei der Invaliditätsbemessung nach der gemischten Methode zu berücksichtigen ist.

8.

8.1 Während die Beschwerdegegnerin beim Betätigungsvergleich aufgrund der Abklärung vor Ort (Abklärungsbericht Haushalt vom 16. April 2018 [IV-act. 101]) eine Behinderung im Haushaltsbereich von insgesamt 7 % zuerkennt (IV-act. 130/4–5), macht die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die ungenügende Beachtung der psychischen Beschwerden eine höhere Teilinvalidität geltend (act. 1 S. 21).

8.2 Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe von Art. 69 Abs. 2 IVV) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar. Hinsichtlich des Beweiswerts der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass

sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen, namentlich bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen. Zwar ist der Abklärungsbericht seiner Natur nach in erster Linie auf die Ermittlung des Ausmasses physisch bedingter Beeinträchtigungen zugeschnitten, weshalb seine grundsätzliche Massgeblichkeit unter Umständen Einschränkungen erfahren kann, wenn die versicherte Person an psychischen Beschwerden leidet. Prinzipiell jedoch stellt er auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht, d.h. wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht. Widersprechen sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (BGer 9C_671/2017 vom 12. Juli 2018 E 4.2 mit Hinweisen).

8.3 Vorliegend ist bei der Beschwerdeführerin gemäss dem MEDAS-Gutachten vom 14. Juni 2017 keine invalidisierende psychische Erkrankung erstellt (vgl. E 6.1). Auch eine seit der Begutachtung eingetretene Verschlechterung ist nicht nachgewiesen (vgl. E. 6.3). Im Rahmen der Abklärung der Einschränkungen im Haushaltsbereich waren demzufolge – entgegen der Meinung der Beschwerdeführerin – lediglich die physisch bedingten Beeinträchtigungen zu berücksichtigen.

Gemäss Abklärungsbericht vom 16. April 2018 (IV-act. 101) lebt die Beschwerdeführerin mit ihrem Ehemann und den beiden gemeinsamen, 2006 und 2008 geborenen Kindern in einer 3 ½-Zimmer-Wohnung. In dem mit 40 % gewichteten Bereich Ernährung besteht laut Abklärungsbericht eine Einschränkung von 16 %, die insbesondere die Essenszubereitung

und die Grossreinigung beschlägt. In dem mit 15 % gewichteten Bereich Wohnungspflege besteht eine solche von 3 % bei der Fenster- und Vorhängereinigung.

8.4 Für den Beweiswert des Abklärungsberichtes vom 16. April 2018 ist wesentlich, dass dieser von einer für Haushaltabklärungen zuständigen Mitarbeiterin der IV-Stelle verfasst wurde, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der sich aus den medizinischen Diagnosen ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hatte. Weiter wurden die Angaben der Beschwerdeführerin berücksichtigt. Schliesslich ist der Berichtstext plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen und steht in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben. Der Bericht erfüllt somit die von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für den Beweiswert eines Abklärungsberichts, weshalb er eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage darstellt. Demzufolge soll das Gericht in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur eingreifen, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Dies gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt steht als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (vgl. u.a. EVG I 883/05 vom 17. Juli 2006 E. 4.3 mit Hinweisen).

Sodann entspricht die im Abklärungsbericht vom 16. April 2018 enthaltene Umschreibung der Tätigkeitsbereiche den Vorgaben der Randziffern 3081 ff. sowie 3087 ff. des Kreisschreibens über die Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH; Stand 1. Januar 2018). Die Gewichtung der einzelnen Aufgabenbereiche ist eine Ermessensfrage. Sie hält sich innerhalb der im erwähnten Kreisschreiben angegebenen Bandbreiten und ist in Anbetracht der konkreten Umstände nicht zu beanstanden.

Weiter wurde seitens der Abklärungsperson zu Recht berücksichtigt, dass von den Kindern die Mithilfe beim Decken und Abräumen des Tisches im Rahmen der Schadenminderungspflicht erwartet werden kann. Gleiches gilt für die vom Ehemann geleistete Mithilfe beim Zubereiten der Abendmahlzeiten sowie bei der abendlichen Küchen-, Fenster- und Vorhängereinigung. Die Abklärungsperson hat das ihr zustehende Ermessen richtig ausgeübt, weshalb auch diesbezüglich kein Anlass besteht, den Abklärungsbericht zu beanstanden.

8.5 Demzufolge ist von einer Behinderung von rund 7 % im Haushaltbereich auszugehen, woraus bei einem Anteil von 45 % der Tätigkeit im Haushaltsbereich ein Teilinvaliditätsgrad von 3 % resultiert.

9. Vom 19. August 2016 (Ablauf der einjährigen Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bis 12. Mai 2017 bestand eine 100%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (E. 6.6). Die Kumulation des Teilinvaliditätsgrads von 55 % im Erwerbsbereich mit demjenigen von 3 % im Haushaltsbereich (E. 8.5) ergibt einen Invaliditätsgrad von 58 %. Dadurch ist der Anspruch auf eine halbe Rente ab dem 1. September 2016 (sechs Monate nach der bei der Beschwerdegegnerin am 7. März 2016 eingegangenen Neuanmeldung vom 23. Februar 2016 [IV-act. 33]; Art. 29 Abs. 1 IVG) bis 31. Juli 2017 (3. Monat ab Eintritt der Verbesserung; Art. 88a Abs. 1 IVV) ausgewiesen.

10. Die anschliessende Einschränkung im Erwerbsbereich ist anhand eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

10.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1; 128 V 174).

10.2

10.2.1 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

10.2.2 Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen für das Jahr 2017 auf Fr. 38'320.– fest (IV-act. 130/3–4). Dieser Betrag wird von der Beschwerdeführerin in Frage gestellt (act. 1 S. 24). Tatsächlich liegt das von der Beschwerdegegnerin errechnete Valideneinkommen weit unter dem im Arbeitgeberfragebogen vom 23. Mai 2016 (IV-act. 43) angegebenen Lohn von Fr. 52'740.– für das Jahr 2014. Selbst die in der Vernehmlassung angeregte Hinzurechnung des Nachtzuschlags (act. 6 S. 6) vermag

diese Differenz nicht auszugleichen. Da die Beschwerdeführerin bereits 2014 im gleichen Pensum bei der gleichen Arbeitgeberin erwerbstätig war, ist bei der Ermittlung des Valideneinkommens vom damaligen Jahreslohn auszugehen. Unter Anpassung an die Entwicklung der Nominallöhne ergibt sich für das Jahr 2017 ein auf ein Pensum von 55 % bezogenes Valideneinkommen von Fr. 53'506.– (Fr. 52'740.– / 103.3 x 104.8) und für das Jahr 2018 ein solches von Fr. 53'812.– (Fr. 52'740.– / 103.3 x 105.4).

10.3

10.3.1 Für die Ermittlung des auf Fr. 28'767.– angesetzten Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin unter Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit von den Daten der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 aus. Dazu nahm sie einen leistungsbedingten Abzug von 5 % vor (IV-act. 130/4). Die Beschwerdeführerin demgegenüber macht einen Abzug von mindestens 20 % geltend (act. 1 S. 24).

10.3.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss der LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/bb). Dabei sind allerdings grundsätzlich die im Entscheidzeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (vgl. dazu BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2; 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4; 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). Dementsprechend ist das Invalideneinkommen anhand der Daten der am 6. Mai 2019 veröffentlichten – im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. September 2019 (IV-act. 133) somit bereits bekannten – LSE 2016 zu berechnen. Der statistische Durchschnittslohn (Zentralwert) der mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) beschäftigten Frauen im privaten Sektor hat im Jahre 2016 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 4'363.– betragen (inkl. 13. Monatslohn; LSE 2016 Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total). Auf der Basis der im Jahre 2017 betriebsüblichen 41,7 Wochenstunden und unter Anpassung an die Entwicklung der Nominallöhne ergibt sich für das Jahr 2017 bezogen auf ein Vollpensum ein Jahreseinkommen von Fr. 54'790.– (Fr. 4'363.– x 12 / 40 x 41.7 / 104.4 x 104.8) und für das Jahr 2018 ein solches von Fr. 55'104.– (Fr. 54'790.– / 104.8 x 105.4).

10.3.3 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit trägt die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung, dass persönliche und berufliche

Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Bei der Bemessung der Höhe des im konkreten Fall grundsätzlich angezeigten Abzugs handelt es sich um eine Ermessensfrage, weshalb eine Korrektur nur bei Ermessensüberschreitung, -missbrauch oder -unterschreitung möglich ist (BGE 137 V 71 E. 5.1). Dass der Beschwerdeführerin nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar sind, ist rechtsprechungsgemäss kein Grund für einen leidensbedingten Abzug, zumal der Tabellenlohn im hier zugrunde gelegten Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (BGer 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2; 9C_284/2018 vom 17. Juli 2018 E. 2.2.1). Unter diesen Umständen erscheint der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Abzug von 5 % als grosszügig und zugleich angesichts der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin noch angemessen. Daraus ergibt sich ein auf ein Vollpensum bezogenes Invalideneinkommen von Fr. 52'051.– für das Jahr 2017 bzw. Fr. 52'349.– für das Jahr 2018.

11.

11.1 Die Invaliditätsbemessung für die Zeit zwischen dem 1. August 2017 und dem 31. Dezember 2017 hat nach der damals gültig gewesenen Berechnungsmethode zu erfolgen. Mit Bezug auf den Erwerbsbereich ist das Valideneinkommen von Fr. 53'506.– (E. 10.2.2) mit dem ebenfalls auf ein Pensum von 55 % reduziertes Invalideneinkommen Fr. 28'628.– (Fr. 52'051 x 55 %; vgl. E. 10.3.3) zu vergleichen. Dies ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 24'878.–, beziehungsweise von 47 % (Fr. 24'878.– / Fr. 53'506.– x 100). Bei einem 55%igen Anteil der Erwerbstätigkeit liegt der erwerbsbezogene Invaliditätsgrad bei 26 % (47 % x 55 %).

Summiert man den erwerbsbezogenen Invaliditätsgrad von 26 % mit dem nicht erwerbsbezogenen von 3 % (E. 8.5), ergibt sich ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 29 %.

11.2 Wie bereits erwähnt, trat am 1. Januar 2018 der revidierte Art. 27^{bis} IVV in Kraft. Dessen Absätze 2 bis 4 bestimmen neu, dass der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich weiterhin summiert werden (Art. 27^{bis} Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. a IVV) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die versicherte Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (Art. 27^{bis} Abs. 3 lit. b IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades wird in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich der prozentuale Anteil der Einschränkungen im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (Art. 27^{bis} Abs. 4 Satz 1 IVV).

Demzufolge sind die beiden Einkommensgrössen für das Jahr 2018 auf ein Vollpensum aufzurechnen. Somit ist von einem Valideneinkommen von Fr. 97'840.– (53'812.– / 55 x 100; E. 10.2.2) und von einem Invalideneinkommen Fr. 52'349.– auszugehen (E. 10.3.3). Aus dem Vergleich dieser beiden Einkommensgrössen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 45'491.–, beziehungsweise von 47 % (Fr. 45'491.– / Fr. 97'840.– x 100). Bei einem 55%igen Anteil der Erwerbstätigkeit liegt der erwerbsbezogene Invaliditätsgrad wiederum bei 26 % (47 % x 55 %).

Summiert man den erwerbsbezogenen Invaliditätsgrad von 26 % mit dem nicht erwerbsbezogenen von 3 % (E. 8.5), ergibt sich ein weiterhin rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 29 %. Damit erweist sich die mit Verfügung vom 25. September 2019 erfolgte Befristung der Rente als korrekt.

12. Angesichts des kurzzeitigen Rentenbezugs und des noch keineswegs fortgeschrittenen Alters der 1984 geborenen Beschwerdeführerin ist deren Bedarf an Eingliederungsmassnahmen trotz rückwirkender Zusprache einer zeitlich befristeten Rente nicht zu prüfen (vgl. dazu BGE 145 V 209), was zur Abweisung der Beschwerde führt.

13. Der Beschwerdeführerin ist mit Verfügung vom 18. November 2019 die unentgeltliche Prozessführung gewährt worden (act. 4), weshalb ihr für das vorliegende Verfahren in Abweichung von Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG keine Kosten aufzuerlegen sind.

Eine Parteientschädigung ist ihr nicht zuzusprechen, zumal sie mit ihrer Beschwerde vollumfänglich unterliegt. Mit Verfügung vom 18. November 2019 ist der Beschwerdeführerin für das vorliegende Verfahren jedoch auch eine unentgeltliche Rechtsbeiständin in der Person von Rechtsanwältin B. _____ bestellt worden (act. 4). Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin wird nach Ermessen auf Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt; Rechtsanwältin B. _____ ist daher mit diesem Betrag aus der Staatskasse zu entschädigen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. Rechtsanwältin MLaw B._____ wird mit Fr. 2'800.– (inkl. Auslagen und MWST) aus der Staatskasse entschädigt.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die IV-Stelle des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 3 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 19. Juli 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am