



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiber: MLaw Patrick Trütsch

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

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2020 25

A. Die 1963 geborene A._____ meldete sich am 6. September 2016 unter Hinweis auf generalisierte Kopfschmerzen, eine Depression und eine Gonarthrose bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die IV-Stelle tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Im Weiteren zog sie die Akten der Krankentaggeldversicherung bei, unter anderem auch ein von dieser in Auftrag gegebenes bidisziplinäres Gutachten von Dr. med. C._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. April 2017 (IV-act. 19 S. 3–16) und von Dr. med. D._____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 19. März 2017 (IV-act. 19 S. 17–26). Mit Vorbescheid vom 6. September 2017 stellte die Verwaltung die Zusprache einer Viertelsrente vom 1. April bis 31. Juli 2017 in Aussicht (IV-act. 26). Auf Einsprache hin (IV-act. 32) aktualisierte die IV-Stelle die medizinischen Akten und gab sodann ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie und Rheumatologie bei der MEDAS Zentralschweiz in Auftrag, welches am 26. April 2019 erstattet wurde (IV-act. 62). Daraufhin gewährte sie dem Rechtsvertreter von A._____ das rechtliche Gehör, wovon er am 21. August 2019 Gebrauch machte und drei Stellungnahmen der behandelnden Ärzte einreichte (IV-act. 72 und 73). Diese unterbreitete die IV-Stelle ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und sprach schliesslich gestützt auf deren Beurteilungen (IV-act. 74 und 75) A._____ mit Verfügung vom 10. Februar 2020 vom 1. April 2017 bis 31. März 2019 eine halbe Invalidenrente zu (BF-act. 1).

B. Beschwerdeweise liess A._____ beantragen, die Verfügung vom 10. Februar 2020 sei aufzuheben und ihr sei ab April 2017 unbefristet und fortdauernd eine Dreiviertelsrente auszurichten. Eventuell sei ihr ab April 2017 bis März 2019 eine halbe Invalidenrente und ab April 2019 unbefristet und fortdauernd eine Viertelsrente auszurichten. Gerügt wird insbesondere eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, der fehlende Beweiswert der Expertise vom 26. April 2019, eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes und ein zu tiefer leidensbedingter Abzug (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 24. Februar 2020 verlangte Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.– bezahlte die Beschwerdeführerin fristgerecht (act. 3).

D. Die IV-Stelle schloss vernehmlassend auf Abweisung der Beschwerde (act. 5).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Entscheids (in casu: 10. Februar 2020) 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).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 82a ATSG 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 21. Februar 2020 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 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AHVIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben, stammt doch die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug. Die Verfügung datiert vom 10. Februar 2020 (BF-act. 1) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich des Rechtsvertreters 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 21. Februar 2020, wurde am gleichen Tag Post übergeben und ging am 24. Februar 2020 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

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 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a IVV

festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende; 125 V 369 E. 2; 109 V 262 E. 4a; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2; 132 V 93 E. 4).

3.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. dazu BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

4. Zunächst ist – da formeller Natur (vgl. BGE 132 V 387 E. 5.1; 127 V 431 E. 3d/aa) – die Rüge der Gehörsverletzung zu prüfen.

4.1 Die Beschwerdeführerin moniert, indem die IV-Stelle die Rentenabklärung ohne Vornahme einer umfassenden medizinischen Abklärung der invalidenversicherungsrechtlich-relevanten Beeinträchtigungen durchgeführt habe, habe

sie ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Die angefochtene Verfügung genüge den Anforderungen an einen ausreichend begründeten Entscheid nicht (act. 1 Ziff. 12e).

4.2

4.2.1 Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis; 118 V 56 E. 5b). Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und warum die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält. Es muss erkennbar sein, ob die Behörde es überhaupt in Betracht gezogen hat. Sie darf sich nicht auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 49 ATSG N 66, mit Hinweis auf BGE 124 V 180).

4.2.2 Die Rüge bezüglich der mangelhaften Begründung der Verfügung ist weder hinreichend dargetan noch sind Anhaltspunkte dafür ersichtlich. Die IV-Stelle ist im angefochtenen Entscheid auf die gegen die Beweiskraft des Gutachtens erhobenen Einwendungen unter Wiedergabe der verschiedenen Stellungnahmen des RAD eingegangen. Dadurch ist sie den an Verfügungen der Massenverwaltung gestellten Anforderungen nachgekommen, denn die Beschwerdeführerin konnte sich aufgrund der ausführlichen Verfügungsbegründung über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen und die Erfolgsaussichten eines Weiterzugs einschätzen. Der Vorwurf geht somit fehl.

4.3

4.3.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 BV haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in

die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1).

Nach Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Kommt die Verwaltung ihrer Pflicht zur Abklärung des Sachverhalts nicht oder nicht genügend nach, kann die Sache aus diesem Grund und nicht wegen Verletzung des rechtlichen Gehörs an sie zurückgewiesen werden (BGE 132 V 368 E. 5).

4.3.2 Die Beschwerdeführerin ist somit auch mit der Rüge, die IV-Stelle habe ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt, weil sie keine umfassende medizinische Abklärung vorgenommen habe, nicht zu hören. Ob die Verwaltung tatsächlich den medizinischen Sachverhalt ungenügend abgeklärt hat, ist nachfolgend zu prüfen. Gegebenenfalls wäre dann die Angelegenheit zufolge Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zurück zu weisen.

5. Die IV-Stelle stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das MEDAS-Gutachten vom 26. April 2019 (IV-act. 62) und die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. med. E. _____, Facharzt Innere Medizin und Arbeitsmedizin, vom 29. August 2019 sowie F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. September 2019 (IV-act. 74 und 75).

5.1 Die Fachärzte der MEDAS Zentralschweiz stellten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F33.1–33.2; aufgrund der Verdeutlichungstendenz nicht eindeutig zu beurteilen), mit anhaltender Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10 Z73.1),
- Mässige medial betonte Gonarthrose mit rechtsbetonter Femoropatellararthrose, bei Status nach repetitiven Kniegelenksergüssen (anamnestisch),
- Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit deutlichen Schmerzchronifizierungszeichen, bei mässigen degenerativen Veränderungen (Röntgen vom 17. Januar 2019) und mässiger linkskonvexer Torsionsskoliose (Scheitel auf Höhe des 2. und 3. Lendenwirbels).

Ohne Einfluss auf die Leistungsfähigkeit verblieben folgende Gesundheitsschäden:

- Metabolisches Syndrom, mit
 - Adipositas "simplex" (157,5 cm/94,5 kg, Body Mass Index 38,1), bei Status nach Fettschürzenexzision 2006 und positiver Familienanamnese (Mutter),
 - Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose aktuell (Nüchtern glukose 8,12 mmol/l, HbA1c 6,5 [normal 4,8–5,9]), unbehandelt, mit Lebersteatose (Computertomographie [CT] Juni 2017) und leicht erhöhten Werten von GPT und Gamma-GT,
 - Verdacht auf arterielle Hypertonie, aktuell 155/95 mmHg, unbehandelt, bei positiver Familienanamnese (Mutter),
 - Dyslipidämie, unbehandelt, mit leicht erhöhtem Gesamt- und LDL-Cholesterin,
- Seborrhoisches Ekzem (Glabella),
- Beginnende Acanthosis nigricans (Hals),
- "Weichteilplus" Gesäss rechts, differentialdiagnostisch Lipom,
- Senk-Spreizfüsse, mit Onychomykose der Grosszehennägel.

Die Sachverständigen führten im Weiteren aus, die psychiatrische Therapie bei Dr. med. G._____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, sei leitliniengerecht erfolgt, ebenso die Rehabilitationshospitalisation in der psychosomatischen Abteilung der Klinik H._____. Im Sinne der psychiatrischen Teilgutachterin wären noch andere psychotherapeutische Methoden sowie eventuell zusätzliche psychopharmakologische Möglichkeiten in Betracht zu ziehen. Zu denken gebe ebenfalls der im aktuellen Labortest gemessene deutlich unterhalb des therapeutischen Rahmens liegende Serumspiegel des Antidepressivums Fluoxetin, welcher auf eine mangelnde therapeutische Compliance oder eine Unterdosierung hinweisen könnte. Rheumatologischerseits und auch allgemein-internistisch ergebe sich eine deutliche Diskrepanz von geäusserten Beschwerden und objektivierbaren Befunden, sowohl bezüglich der Rückenschmerzen als auch derjenigen im Bereich des rechten Knies. Diese sei grösstenteils der psychischen Grundproblematik anzulasten und durch entzündungshemmende Analgetika nicht behebbar. Lange Diskussionen darüber, ob eventuell medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen könnten, seien müssig. Die Versicherte sollte pragmatisch umgehend in eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit, vorerst in einem 20 %-Pensum, wiedereingegliedert werden, unter engmaschiger psychiatrischer, hausärztlicher und rheumatologischer Begleitung. Eine längerfristige Prognose könne sinnvollerweise erst nach einer längeren Beobachtungsphase und Behandlung im Wiedereingliederungsstadium formuliert werden. Sowohl die Konsistenz als auch die Plausibilität hinsichtlich der Familienverhältnisse und der gesundheitlichen Angaben seien nur mangelhaft gegeben. Diese seien teilweise nicht durch objektive Befunde zu erhärten resp. diese würden sich widersprechen. Zur Arbeitsfähigkeit führten sie aus, die Arbeit im letzten Anstellungsverhältnis bei der I._____, vor allem als Reinigungsfrau sei nach dem emotional immer noch hochgeladenen und unverarbeiteten Kündigungstrauma durch

den Arbeitgeber vom 21. April 2016 sowohl psychologisch als auch (unsicher, vermutlich) physisch realistischweise nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich ausschliesslich leichte, wechselbelastende Arbeit, mit lediglich vereinzelt Tätigkeiten im Knien, ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne Tätigkeiten auf Leitern und Gerüsten und ohne solche mit Sicherungsfunktion sei in stressarmem, tolerantem Arbeitsmilieu medizinisch-theoretisch die Arbeitsfähigkeit auf 70–80 % der Norm einzuschätzen, wobei wie üblich eine schrittweise Wiedereingewöhnung notwendig wäre. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit erklärten die Experten, seit der Kündigung am 21. April 2016 könne der Verlauf weder zeitlich noch quantitativ genauer beziffert werden, da zu viele Diskrepanzen in Aussagen und Verhalten der Versicherten bestünden. Die gegenwärtige Einschätzung gelte somatisch, soweit eruierbar, auch retrospektiv, da die Beurteilungen durch die Rheumatologin Dr. med. J._____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 5. August 2016 und diejenige des rheumatologischen Gutachters Dr. D._____ vom 19. März 2017 mit der ihrigen übereinstimmen. Schwieriger sei die Situation aus psychiatrischer Sicht. Der schon damals die Versicherte behandelnde Psychiater Dr. G._____ habe im Juli 2016 bei einer schwergradigen Depression eine generelle 100%ige Arbeitsunfähigkeit von ungewisser Dauer attestiert, der Oberarzt der psychosomatischen Abteilung der Klinik H._____ selbstredend für die exakte Dauer der Hospitalisation vom 26. September bis 5. November 2016 ebenso eine solche von 100 %, obschon er die depressive Episode als mittelgradig eingestuft habe, währenddem der psychiatrische Gutachter PD Dr. C._____ im April 2017 bei mittelschwerer depressiver Episode eine schrittweise zu verminderte momentane Leistungsunfähigkeit auf 50 % veranschlagt habe. Im Oktober 2017 habe Dr. G._____ die Arbeitsunfähigkeit erneut bei mittelschwerer Depression auf 50 % eingeschätzt (mit starken Schwankungen, mit der neuen Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung). Er habe seine diesbezügliche Einstufung von September 2018 auf 60 % geändert, vermutlich aufgrund von aufgetretenen Schwierigkeiten beim Beschäftigungsprogramm des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV). Somit sei es aufgrund der stimmungsmässigen Variabilität aktuell nicht möglich, für die adaptierte Tätigkeit mehr als eine vage Angabe, wonach mit einer Leistungseinbusse von 20 bis 30 % in jeglicher Tätigkeit zu rechnen sei, zu machen (IV-act. 62 S. 25–29).

Der interdisziplinären Beurteilung ist ferner zu entnehmen, dass der Annahme der Beschwerdeführerin, wonach sie sich unfähig fühle, mehr als zwei Stunden täglich körperlich leichte Arbeiten in einem "stresslosen" Milieu zu verrichten, objektiv relativ bescheidene pathologische Befunde gegenüber stünden, jedenfalls körperlich, so dass im

somatischen Bereich nach stufenweiser Steigerung eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit gewissen Kautelen durchaus zumutbar wäre. Eine solche Tätigkeit behindernd wirke sich aber die schwer zu fassende psychische Problematik aus, da sowohl von psychiatrischer als auch neuropsychologischer Seite eine unübersehbare Verdeutlichungs- und Aggravationstendenz erwähnt werde, wozu noch der Verdacht auf eine medikamentöse Noncompliance (Serumspiegel) hinzu komme, so dass zum jetzigen Zeitpunkt die Beurteilung zahlenmässig nicht klar zu beziffern sei. Als approximative Vermutung gelte, dass eine körperlich leichte Arbeit (mit den in Ziff. 8.2 genannten Kautelen) in tolerantem Milieu mit einer Leistungseinbusse von 20 bis 30 % in einem langsam zu steigernden Pensum zumutbar sei. Als funktionelle Auswirkungen benannten die Sachverständigen eine verminderte Fähigkeit, längere Zeit pausenlos zu gehen, stehen und sitzen, eventuell auch eine verminderte Anpassungsfähigkeit, was je nach Arbeitsmilieu schwer vorherzusagen sei. Zur Konsistenzprüfung bemerkten die Experten, es bestünden deutliche Inkonsistenzen zwischen subjektiver und objektiver Wahrnehmung bzw. Äusserung (IV-act. 62 S. 31).

5.2 Zum Gutachten erklärte RAD-Arzt Dr. E. _____ am 23. Mai 2019, die Expertise stelle eine rezidivierende depressive Störung gepaart mit einer anhaltenden Schmerzstörung in den Vordergrund. Auch wenn bei der Versicherten in der Begutachtung deutliche Inkonsistenzen mit Verdeutlichung/Aggravation erschienen seien, werde von den Gutachtern eine massgebliche Besserung wegen der sehr geringen Ressourcen, dem niedrigen Bildungsstand und den psychodynamischen Faktoren mehr als in Frage gestellt. Die angestammte Putztätigkeit im gewerblichen Bereich werde als nicht mehr leidensangepasst gesehen. In einer leidensadaptierten leichten Wechseltätigkeit mit entsprechendem ergonomischem Profil würden jedoch nur geringe Einschränkungen in einer Grössenordnung von 20–30 % gesehen. Den Ausführungen der Sachverständigen könne weitgehend gefolgt werden. Die vorliegende Expertise sei im Sinne der Fragestellung umfassend, auf allseitigen Untersuchungen beruhend, die geklagten Beschwerden und Vorakten berücksichtigend, im Weiteren einleuchtend und begründet. Die Standardindikatoren seien inhaltlich wie formal berücksichtigt (IV-act. 71 S. 3–4).

5.3 Mit Schreiben vom 21. August 2019 liess die Beschwerdeführerin im Nachgang an das MEDAS-Gutachten drei Arztberichte einreichen (IV-act. 72).

5.3.1 Laut Hausarzt Dr. med. K. _____, FMH Innere Medizin, spez. Nierenkrankheiten, habe die Versicherte Schmerzen, vor allem an der Lendenwirbelsäule

(LWS) und am rechten Knie. Sie müsse deswegen nach zwei Stunden Arbeit aufhören und sich hinlegen. Die Patientin nehme Dafalgan Tabletten 1 g und Arcoxia 60 mg ein- bis zweimal pro Tag nach Bedarf. Falls die Versicherte nicht aufhöre mit der Arbeit, komme es zu Schweissausbrüchen und fast zu Ohnmachtsanfällen mit Koma. Die Patientin bekomme Angstanfälle in diesem Moment. Durch die chronischen Schmerzen sei die Versicherte leider stark depressiv. Sie werde von Dr. G. _____ seit Jahren behandelt. Ferner nehme die Patientin gegen Hypercholesterinämie Atorvastax 20 mg und gegen erhöhten Blutzucker werde die Versicherte mit Metformin 850 mg behandelt. Aus seiner Sicht sei die Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne sich nicht vorstellen, dass die Patientin mit diesen Beschwerden auch eine leichte Tätigkeit ausüben könne (IV-act. 73 S. 1).

5.3.2 Der behandelnde Rheumatologe Dr. med. L. _____, FMH Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 11. Juni 2019 folgende Diagnosen:

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Funktionsaufnahmen der LWS von Juni 2019: keine höhergradige Instabilität, Spondylarthrosen der unteren Segmente, leichte Osteochondrose L5/S1
- MRI (Magnetic Resonance Imaging) LWS/ISG (Iliosakralgelenk) September 2016: gegen kaudal zunehmende Spondylarthrosen mit Aktivierung insbesondere L5/S1, keine relevanten Diskushernien, keine Neurokompression, keine Arthritis des ISG
- Beidseitige Gonarthrose und rechtsbetonte Femoropatellararthrose
 - Valgus-Stellung beidseits
 - MRI Knie rechts von September 2016: intakte Menisci und Bänder, Determination des Knorpels über dem medialen Condylus, lateral betonte Femoropatellararthrose mit Chondropathie Grad IV
 - konventionell radiologisch beidseitige höhergradige Femoropatellararthrose
- Aktenanamnestisch Fibromyalgie
- Schwere rezidivierende depressive Störung

Er führte im Weiteren aus, aufgrund der ausgeprägten Schmerzsymptomatik habe er eine erweiterte Blutuntersuchung zum Ausschluss entzündlicher rheumatischer Erkrankungen sowie Röntgenbilder der Wirbelsäule und der Knie durchgeführt. Hinweise auf eine entzündliche rheumatische Erkrankung fänden sich nicht. Das CRP (C-reaktives Protein) sei zwar leicht erhöht, ein bildmorphologisches Korrelat finde sich nicht. Er gehe von einer Erhöhung im Rahmen der Adipositas aus. Die bereits im Vorfeld durchgeführten MRI zeigten insbesondere degenerative Veränderungen, welche mit den aktuellen Röntgenbildern bestätigt werden könnten. Klinisch im Vordergrund stehe eine aktivierte Spondylarthrose der unteren Segmente, vermutlich klinisch führend L5/S1 rechtsbetont. Hinweise auf eine axiale Spondyloarthritis fänden sich nicht. Die rechtsseitigen Knieschmerzen seien insbesondere auf die schwere Femoropatellararthrose

zurückzuführen. Sonografisch könne ein punktionswürdiger Erguss ausgeschlossen werden. Therapeutisch im Vordergrund stünden primär eine Rückenschulung und die Instruktion eines täglich durchzuführenden segmentstabilisierenden Heimprogrammes für die LWS. Zusätzlich werde das Tragen eines Lendenmieders empfohlen. Sollten die Schmerzen in den kommenden Wochen bis Monaten nicht deutlich abnehmen, könne das Facettengelenk L5/S1 rechts infiltriert werden. Die Physiotherapie solle zusätzlich zum Heimprogramm für die Kniegelenke instruieren, in welchem die Patella zentriert werden solle. Unterstützend sollte die Versicherte regelmässig Kniegelenkbandagen zwecks Patellazentrierung tragen. Infiltrationen würden vermutlich keine Linderung bringen. Der Rheumatologe empfahl auch eine Ernährungsberatung, um eine Gewichtsabnahme zu erreichen, welche sich sicherlich positiv auf die Schmerzen auswirken würde. Aus medizinischer Sicht bestehe für schwere und mittelschwere Tätigkeiten sicherlich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für leichte Tätigkeiten, insbesondere im Sitzen und gelegentlich stehende Tätigkeiten sei medizinisch theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen, wobei eine 100%ige Anwesenheit mit Möglichkeit zu längeren Pausen zumutbar erscheine. Für eine genauere Einschätzung wäre ein Arbeitsassessment sinnvoll (IV-act. 73 S. 2–4).

5.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. G._____ führte zum MEDAS-Gutachten aus, wenn die psychiatrische Expertin "konfrontative" Methoden wie EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und IRRT (Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy) als Behandlung vorschläge, dann gebe sie implizit zu, dass es sich um erhebliche Traumata handle, die nicht verarbeitet worden seien. Die Prinzipien dieser Methoden seien natürlich angewandt worden, seit das Trauma im Raum gestanden sei, und nicht nur in der Reminiszenz oder als frühere Erkrankung. Wie die Kollegin weiter einräume, sei die Versicherte aktuell nur ansatzweise imstande, sich auf eine solche Therapie, wie überhaupt auf eine Therapie, einzulassen. Aber er werde selbstverständlich Therapie-Elemente solcher Art weiter anwenden. Die psychiatrische Gutachterin behaupte, es liege keine emotionale Persönlichkeitsstörung vor. Der SKID-II-Fragebogen weise aber mit hoher Evidenz auf eine emotionale Persönlichkeitsstörung hin (13 von 14 Items bei einem Cut off von 5 von 14). Weiter behaupte sie, in der Biografie weise nichts auf eine emotionale Persönlichkeitsstörung hin. Aber schon 2008 sei im Sozialpsychiatrischen Dienst M._____ eine posttraumatische Belastungsstörung festgestellt worden. Also sei sie damals aktenkundig sehr reizbar gewesen und habe zu Wutausbrüchen geneigt. Dies seien Symptome, die auch bei der emotionalen Persönlichkeitsstörung absolut zentral seien. Darüber hinaus habe er die

Lebensgeschichte der Patientin nachrecherchiert und müsse überall von überaus heftigen und zahlreichen emotionalen Szenen ausgehen, die unmöglich allein den jeweiligen Situationen geschuldet seien. Es sei ihm vielmehr schleierhaft, wie man bei einem emotional so belasteten Leben, wie es das der Versicherten sei, nicht von einer Persönlichkeitsstörung ausgehe. Vielmehr seien solche Lebensgeschichten geradezu schon pathognomonisch für irgendeine Art von Persönlichkeitsstörung und zwar eine von emotionaler Art. Umso mehr zeige die Gegenwart, seit er die Patientin kenne, wie sehr die Versicherte an ihrem aufbrausenden, impulsiven Verhalten leide. Es sei dermassen stark ausgeprägt, dass eine emotive Therapie notwendig sei. Die Symptome seien aber dermassen stark ausgeprägt, dass die Versicherte – bisher – sich weitgehend therapieresistent gezeigt habe. Warum halte die Gutachterin dann diagnostisch an den "akzentuierten Persönlichkeitszügen mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen", die das Ausmass der emotiven Störung gar nicht richtig abzubilden vermöchten, fest. Bei lediglich akzentuierten Persönlichkeitszügen müsste die Behandlung auch gar nicht auf emotive Techniken zentriert sein. Ein weiteres Indiz sei, dass die Patientin jüngst sowohl beim Hausarzt Dr. K. _____ als auch beim Rheumatologen Dr. L. _____ wütend davongelaufen sei. Auch sonst habe die Versicherte schon bei Dr. K. _____ und auch bei ihm schon eine Szene gemacht. Was die Arbeitsfähigkeit anbelange, wolle er festhalten, dass vom rein psychiatrischen Standpunkt aus, also ohne die übrigen Morbi, ohne Schmerzen und Bewegungseinschränkungen die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % einzuschätzen sei. Es sei aber wohl klar, dass es den rein psychiatrischen Standpunkt nicht gebe, sondern der somatische Standpunkt immer eine prominente Rolle spiele. Wolle man wirklich dem Umstand Rechnung tragen, dass Schmerzen erhebliche psychische Auswirkungen haben, dass sie nicht (wie so vieles andere) als externe, krankheitsfremde Faktoren taxiert würden, so belaufe sich die Arbeitsunfähigkeit auf 60 %. Ihm sei klar, dass der Einwand kommen könnte, er hätte sich als Psychiater – obwohl das medizinische Staatsexamen alle somatischen Fachgebiete, deren Symptomatik, Behandlung und Prognose einschliesse – zu Schmerzen und zu somatischen Erkrankungen nicht zu äussern, da es nicht sein Fachgebiet sei. Natürlich müsse er sich auch dazu äussern. Er könne es und werde es auch tun, sonst wäre er kein Mediziner und kein Psychiater, sondern vielleicht Psychologe. In Tat und Wahrheit sei in medizinischen Fachkreisen unbestritten, dass, was die Medizin aus methodischen und praktischen Gründen auseinanderlege, wechselwirke und vom Patienten als Einheit empfunden werde. Die Abspaltung von sozialen, gesellschaftlichen, biografischen und somatischen Faktoren möge vom versicherungsjuristischen Standpunkt, vor allem aber aus finanziellem und politischem Interesse, als Fortschritt gewertet werden, sei aber vom medizinischen,

psychiatrischen und wissenschaftlichen Standpunkt aus entschieden ein Rückschritt (IV-act. 73 S. 5–6).

5.3.4 RAD-Arzt Dr. E. _____ äusserte sich zu den neu aufgelegten Arztberichten am 29. August 2019 dahingehend, dass er auf seine vorgängige Stellungnahme vom Mai desselben Jahres verweise. Die jetzt nachgereichten Berichte der Behandler, wobei nur der des rheumatologischen Behandlers einem Befundbericht entspreche und, insbesondere in Bezug auf die Arbeitsunfähigkeit, den rheumatologischen Sachverhalt ähnlich beurteile, gäben, was den hausärztlichen und psychiatrischen Behandler betreffe, lediglich den bekannten und im Gutachten bereits gewürdigten Sachverhalt wieder und beurteilten diesen nur anders als die Experten. Bezogen auf die Fragestellung an den RAD sei auch auf Erwägung 4.2 des Urteils des Bundesgerichts 8C_68/2013 verwiesen (IV-act. 74 S. 2).

5.3.5 Der psychiatrische RAD-Arzt F. _____ erklärte in seiner Stellungnahme vom 19. September 2019, da eine prognostische Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nicht "bewiesen" werde könne, wenn sie nicht zum prognostizierten Zeitpunkt objektiv überprüft worden sei, könnten seines Erachtens nur die echtzeitlich ärztlich bestätigten Arbeitsunfähigkeitszeiten zugrunde gelegt werden. Im konkreten Fall bedeute dies eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 21. Juni 2016 bis 2. März 2017, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. März 2017 bis 30. Januar 2019 (ab Untersuchung durch PD Dr. C. _____) und eine 20 bis 30%ige Arbeitsunfähigkeit ab 31. Januar 2019 bis auf weiteres (ab Untersuchung durch die psychiatrische MEDAS-Gutachterin; IV-act. 75).

6.

6.1 Das MEDAS-Gutachten vom 26. April 2019 (IV-act. 62) vermag den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E. 3.5) vollauf zu genügen. Es ist für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise die Fragen nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und beruht auf eingehenden Untersuchungen. Die Sachverständigen berücksichtigten die von der Versicherten geklagten Beschwerden und setzten sich auch mit den Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen auseinander. Die Beurteilung der Sachverständigen leuchtet insgesamt ein und deren Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet.

6.2 Was die Beschwerdeführerin gegen den Beweiswert der MEDAS-Expertise vom 26. April 2019 (IV-act. 62) vorbringt, ist nicht stichhaltig.

6.2.1 Die Versicherte macht zunächst geltend, die Einschätzung der Sachverständigen widerspreche diametral der Beurteilung der Dres. G. _____ und K. _____, wonach sich der Gesundheitszustand nicht verbessert, sondern vielmehr verschlechtert habe. Im Weiteren habe der behandelnde Psychiater kritisiert, dass die im Gutachten vorgeschlagene konfrontative Behandlungsmethode EMDR und IRRT für ein unverarbeitetes erhebliches Trauma spreche, welches im Ergebnis jedoch nicht anerkannt worden sei. Ebenfalls habe Dr. G. _____ beanstandet, dass die psychiatrische Gutachterin eine emotive Therapie zwar für notwendig erachte, aber keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziere, obschon der SKID-II Fragebogen mit hoher Evidenz auf eine emotionale Persönlichkeitsstörung hinweise und die Versicherte aufgrund ihres aufbrausenden und impulsiven Verhaltens nachweislich emotional erheblich belastet sei (act. 1 Ziff. 11 und 13).

6.2.1.1 Abweichende Beurteilungen behandelnder Ärzte vermögen grundsätzlich nicht ein Gutachten nach Art. 44 ATSG in Frage zu stellen und Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sie wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 9C_246/2018 vom 16. August 2018 E. 4.1). Ohnehin sind die Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Die unterschiedliche Beurteilung ergibt sich aus der Divergenz zwischen Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGer 9C_4/2015 vom 5. Mai 2015 E. 3.2, mit weiteren Hinweisen).

6.2.1.2 Vorliegend verhält es sich ebenfalls so, dass die behandelnden Ärzte keine Aspekte zu benennen vermögen, welche von den Experten der MEDAS ungewürdigt geblieben wären. Der Hausarzt Dr. K. _____ gibt in seiner Stellungnahme zuhanden des Rechtsvertreters vom 29. Mai 2019 lediglich die von der Versicherten subjektiv geschilderten Beschwerden wieder und erklärte, sie müsse nach zwei Stunden Arbeit eine Pause machen und es komme zu Schweissausbrüchen sowie Ohnmachtsanfällen. Eigentliche objektivierbare Befunde benennt er keine. Die aus seiner Sicht bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet er in keiner Weise (IV-act. 73 S. 1). Unter Berücksichtigung der soeben dargelegten Rechtsprechung vermag Dr. K. _____ nicht

auch nur die geringsten Zweifel an der MEDAS-Expertise vom 26. April 2019 zu begründen.

6.2.1.3 Nichts zu ihren Gunsten ableiten kann die Beschwerdeführerin aus der Stellungnahme von Dr. L. _____ vom 11. Juni 2019 (IV-act. 73 S. 2–4). Wie RAD-Arzt Dr. E. _____ zutreffend bemerkte, entspricht das Schreiben des Rheumatologen zwar einem Befundbericht und äussert sich auch zur Arbeitsfähigkeit (IV-act. 74 S. 2 in fine). Diese wird allerdings nahezu gleich beurteilt wie im MEDAS-Gutachten. Doktor L. _____ attestiert eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in einer mittelschweren und schweren Tätigkeiten, wogegen in einer leichten Tätigkeit eine 80%ige Leistungsfähigkeit bei einem 100 %-Pensum aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs bestehe. Der rheumatologische Sachverständige konstatierte demgegenüber eine vollständige Arbeitsfähigkeit ohne zusätzlichen Pausenbedarf. Indessen ist auch hier der Divergenz zwischen Behandlungs- und Abklärungsauftrag Rechnung zu tragen, weshalb im Ergebnis auch die Beurteilung von Dr. L. _____ keine Zweifel an der MEDAS-Expertise begründet.

6.2.1.4 Was die Stellungnahme von Dr. G. _____ vom 20. August 2019 (IV-act. 73 S. 5–6) anbelangt, so können daraus auch keine Aspekte entnommen werden, welche unberücksichtigt geblieben wären. Der behandelnde Psychiater begnügt sich einzig mit Kritik an den Ausführungen der psychiatrischen Expertin. Sein Einwand, mit dem Vorschlag von konfrontativen Methoden wie EMDR und IRRT als Behandlung gestehe die Sachverständige implizit ein erhebliches Trauma ein, verfängt nicht. Es trifft zwar zu, dass beide Therapieformen ursprünglich zur Behandlung von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) konzipiert wurden. Indessen wurden deren Einsatzspektren auch auf weitere belastungsabhängige psychische Störungen erweitert (vgl. <https://emdr-institut.ch/ueber-emdr.html> sowie <https://www.irrt.ch/irrt-die-methode.html>, beide besucht am 21. Mai 2021). Folglich ist nicht zwingend ein schweres Trauma vorausgesetzt.

Hinsichtlich der Kritik, die psychiatrische Gutachterin negiere eine emotionale Persönlichkeitsstörung, obschon der SKID-II Fragebogen mit hoher Evidenz darauf hinweise, kann Dr. G. _____ ebenfalls nicht gehört werden. Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (BGer

8C_629/2017 vom 29. Dezember 2017 E. 4.3). Es liegen keine Anhaltspunkte für ein nicht korrektes Vorgehen seitens der Expertin vor. Sie begründete ihre Diagnosestellung insbesondere damit, vor 2016 sei kein inadäquates Verhalten oder Leiden mit sozialer Beeinträchtigung vorgelegen (IV-act. 62 S. 58). Dies vermag Dr. G. _____ nicht umzustossen, selbst wenn er festhält, er habe die Lebensgeschichte nachrecherchiert und er müsse überall von überaus heftigen und zahlreichen emotionalen Szenen ausgehen (IV-act. 73 S. 5). Allerdings nennt er nicht ein konkretes Beispiel.

Doktor G. _____ beanstandet auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Aus seinen Ausführungen erhellt indessen, dass er dem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell folgt, während im Versicherungsrecht das bio-psychische massgebend ist (vgl. etwa BGE 143 V 418 E. 6). Die vom behandelnden Psychiater genannten sozialen und gesellschaftlichen Faktoren sind auszuklammern. Infolge dessen vermag er auch in Bezug auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit keine Zweifel zu erwecken.

6.2.1.5 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die Einschätzung der MEDAS-Gutachter verfange auch deshalb nicht, weil gar keine Verbesserung eingetreten sei, sondern vielmehr eine Verschlechterung (act. 1 Ziff. 11 und 13), ist ihr entgegenzuhalten, dass es sich vorliegend um eine rückwirkend zugesprochene befristete Rente handelt. Dabei kommen die für eine Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog zur Anwendung (BGE 131 V 164 E. 2.2). Bei Vorliegen eines Revisionsgrundes ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3; BGer 8C_724/2020 vom 7. April 2021 E. 3). Daher steht auch im Rahmen der vorzunehmenden Neueinschätzung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit eine zum bestehenden Beschwerdebild hinzugetretene oder sich verschlechternde Problematik einer Rentenaufhebung nicht entgegen (vgl. BGE 141 V 9 E. 5 und 6).

6.2.2 Im Weiteren moniert die Beschwerdeführerin, der Arbeitsversuch sei unberücksichtigt geblieben (act. 1 Ziff. 12a).

6.2.2.1 Zwar obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer

konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (BGer 8C_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1).

6.2.2.2 Die Sachverständigen der MEDAS äusserten sich nicht explizit zu den Ergebnissen des Arbeitsversuchs. Allerdings ist dem Gutachten zu entnehmen, dass ihnen die entsprechenden Akten zur Verfügung standen, sind sie doch im Aktenverzeichnis enthalten (vgl. IV-act. 62 S. 14). Zudem schilderte die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern, dass sie an einem Arbeitsprogramm des RAV in der N. _____ teilgenommen habe (vgl. IV-act. 62 S. 16, 20, 40, 51, 52 und 62).

6.2.2.3 Beim Arbeitseinsatz in der N. _____ handelte es sich indessen nicht um eine ausführliche berufliche Abklärung, sondern um eine Förderprogramm des RAV für Stellensuchende (vgl. IV-act. 44 S. 3). Somit stellt sich von Vornherein die Frage, ob die der Versicherten übertragenen Aufgaben überhaupt leidensangepasst waren. Jedenfalls kann sie aus den Ausführungen im Teilnehmerin-Dossier, wonach die zuständige Person die Beschwerdeführerin lediglich in einem kleinen Pensum von 20 bis 30 % sehe (IV-act. 35 S. 7), nichts zu ihren Gunsten ableiten. Wohl war man darüber orientiert, dass die Versicherte eine Ziste im Knie und starke Schmerzen am ganzen Körper habe sowie an einer depressiven Verstimmung leide (IV-act. 35 S. 4). Das exakte Belastungsprofil, wie etwa die Gutachter des Krankentaggeldversicherers formuliert hatten, schien nicht vorgelegen zu haben. Die IV-Stelle bemerkte im Übrigen zutreffend, dass laut Konsiliarbericht von Dr. J. _____ vom 5. August 2016 in einer leichten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht (IV-act. 14 S. 10). Auch der von der Krankentaggeldversicherung beauftragte rheumatologische Gutachter Dr. D. _____ gelangte in seiner Teilexpertise vom 19. März 2017 zur Einschätzung, eine qualitative oder auch quantitative Arbeitsunfähigkeit in körperlich leichter bis gelegentlich mittelschwerer, wechselbelastender Tätigkeit unter Berücksichtigung der von ihm genannten Einschränkungen sei nicht begründbar (IV-act. 19 S. 25). Der psychiatrische Sachverständige bescheinigte eine 50%ige Leistungsfähigkeit bei einem 100 %-Pensum,

welches unter günstigen Bedingungen innert vier Wochen auf 60 %, innert weiteren vier Wochen auf 80 % und innert ein bis zwei Monaten auf 100 % gesteigert werden könne (IV-act. 19 S. 15). Damit korreliert das von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Beschäftigungsprogrammes gezeigte Verhalten nicht mit der attestierten Arbeitsfähigkeit. Nichts daran zu ändern vermag auch die Aussage im Teilnehmerin-Dossier, wobei nicht erkennbar ist, von wem es verfasst worden war (IV-act. 35 S. 7).

6.2.2.4 Die Experten der MEDAS kamen letztlich in Kenntnis dieses Arbeitsversuchs und nach eigenen Untersuchungen zum Ergebnis, die Beschwerdeführerin sei in einer leidensadaptierten Tätigkeit zwischen 20–30 % eingeschränkt. Dabei fällt auf, dass der rheumatologische Gutachter die subjektiv geklagten Einschränkungen als schlecht zum beschriebenen Alltag resp. zu den objektivierbaren Funktionseinschränkungen korrelierend bezeichnete und er die von ihm bescheinigte Arbeitsfähigkeit auch retrospektiv im Einklang mit den übrigen rheumatologischen Beurteilungen bestätigte (IV-act. 62 S. 44). Die Fachpsychologinnen der MEDAS stellten ebenfalls klar, dass nicht authentische kognitive Störungen vor dem Hintergrund einer ungenügenden Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie einer Symptomverdeutlichung vorlägen. Die erhobenen Befunde seien in ihrer Art und Ausprägung mit modalitätsunabhängigen domänen- und prozessübergreifend mehrheitlich schwergradigen Einschränkungen sowie unter Berücksichtigung der nachfolgend genannten Inkonsistenzen fachlich nicht nachvollziehbar. Ebenso wenig seien die erhobenen Befunde im Rahmen der geringen Schulbildung sowie dem soziokulturellen Hintergrund erklärbar. Sodann bemerkten die Fachpsychologinnen, dass u.a. die psychometrischen Befunde (u.a. die schwergradige sprachliche Verlangsamung, schwergradige Konzentrations- und Gedächtnisstörung) diskrepanz zum Kommunikationsverhalten – sie beantworte gewisse Fragen ohne erhöhte Antwortlatenz, sei im Gespräch konzentriert, berichte kohärent – seien (IV-act. 62 S. 67). Damit sind die von der Beschwerdeführerin anlässlich des Beschäftigungsprogrammes geklagten Schmerzen sowie Konzentrationsstörungen nicht in dem Ausmass erklärbar, weshalb aus diesem Arbeitseinsatz keine relevanten Schlüsse gezogen werden können.

6.2.3 Die Versicherte bemängelt sodann, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Fachärzte der MEDAS auf einem "grossen Unsicherheitsfaktor" beruhe und für das Ausmass einer verwertbaren Restarbeitsfähigkeit aufgrund der gutachterlichen Feststellungen nur eine "vage Angabe" möglich sei (act. 1 Ziff. 12c). Bezüglich leidensadaptierter Tätigkeiten sei für die Beurteilung der arbeitsbezogenen Belastbarkeit

bzw. der allenfalls verbliebenen Arbeitsfähigkeit eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) notwendig (act. 1 Ziff. 16).

6.2.3.1 Der Umstand, dass sich die Sachverständigen ausser Stande sahen, eine exakte Einschätzung abgeben zu können bzw. festhielten, für eine baldmöglichst beginnende, körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit in tolerantem Milieu sei, mit grossem Unsicherheitsfaktor, bei einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20–30 % die Arbeitsfähigkeit auf 70–80 % der Norm zu veranschlagen, führt nicht automatisch dazu, dass dem Gutachten der Beweiswert abzusprechen ist. Denn es ist ein Qualitätszeichen gutachterlicher Arbeit, gegebenenfalls Unsicherheiten in der Folgenabschätzung zu signalisieren (BGer 9C_672/2019 vom 12. August 2020 E. 5.2).

6.2.3.2 Die Experten der MEDAS begründeten schlüssig und nachvollziehbar, weshalb eine genaue Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht möglich war. Der rheumatologische Gutachter bekundete insofern keine Mühe, eine Beurteilung abzugeben. Er legte dar, dass die subjektiv geklagten Einschränkungen schlecht mit den objektivierbaren Funktionseinschränkungen korrelierten. Zudem bezog er sich auf die Einschätzung von Dr. J. _____ vom 5. August 2016 und von Dr. D. _____ vom 19. März 2017 (IV-act. 62 S. 44). Diese sind deckungsgleich und liefern kein Anlass für Beanstandungen.

Die psychiatrische Sachverständige stellte klar, dass realistisch und nachvollziehbar eine Einschränkung durch die affektive Störung sowie durch die Schmerzen bestehe. Durch die Persönlichkeitsstruktur und die geringen Ressourcen könne die schwierige Situation seit der Kündigung nur ungenügend verarbeitet werden. Es bestehe sicher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20–30 % in ihrer Tätigkeit als Reinigungskraft. Aufgrund von vielen Diskrepanzen und einer Verdeutlichungs- bis Aggravationstendenz könne kein objektives Bild der real bestehenden Fähigkeiten gemacht werden. Ob die Einschränkung höher sei, könne unter den gegebenen Umständen nicht beurteilt werden (IV-act. 62 S. 59). Die Inkonsistenzen führte sie in ihrem Teilgutachten auf. So habe die Versicherte bei der Anamneseerhebung von ihrer Tochter gesprochen, dann aber gefragt, ob sie eine oder zwei Töchter habe. Dann habe sie überlegt, wie ihre Töchter hiessen. Sie gab an nicht mehr zu wissen, ob die ältere oder jüngere Tochter einen Herzfehler habe, wobei sie wiederum überlege, ob sie nun eine oder zwei Töchter habe. Das Geburtsjahr habe sie nicht benennen können, auch nicht deren Namen. Sie könne sich nicht daran erinnern, welche Lehre ihr Sohn gemacht habe oder welchen Jahrgang er habe. Die Schweigepflichtentbindung habe sie mit dem Jahr 2008 unterschrieben, sie sei aber

alleine und pünktlich zur Untersuchung gekommen. Sie verliere die Orientierung in einem Korridor mit lediglich zwei Ausgangsmöglichkeiten, komme aber mit dem Auto alleine nach Luzern. Der klinische Eindruck habe zwar eine emotionale Regung gezeigt, jedoch nicht in dem Ausmass, um eine solche zeitliche Desorientierung zu erklären. Weiter hielt die Expertin fest, die Untersuchung sei von einer Pause unterbrochen worden, in welcher die Versicherte im Wartezimmer geblieben sei. Als sie – die Gutachterin – zurückgekommen sei, sei die Beschwerdeführerin im Vorraum mit angezogener Jacke gestanden. Die Versicherte habe angegeben, man hätte ihr gesagt, sie könne gehen und sie wäre schon weg gewesen, wenn sie den Ausgang gefunden hätte. Die Psychiaterin ergänzte, der Vorraum weise eine verschlossene Türe, die Toilettentüre, eine Tür zum Wartezimmer sowie die Ausgangstüre auf. Die Explorandin sei verwirrt erschienen, habe sich aber wieder ausgezogen und sei ohne Aufforderung direkt wieder ins Wartezimmer gegangen, um ihre Handtasche zu holen. Es erstaune, dass sie an die Tasche gedacht habe und das Wartezimmer ohne zu zögern gefunden habe, dies bei geäusselter örtlicher Desorientierung (IV-act. 62 S. 53). Andernorts gab die Gutachterin die Angaben der Neuropsychologinnen wieder und erklärte, in zwei verschiedenen nonverbalen Symptomvalidierungsverfahren seien auffällige Ergebnisse aufgetreten. Es hätten sich deutliche Hinweise auf eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung ergeben. Dadurch seien die erhobenen neuropsychologischen Befunde nicht genügend aussagekräftig (IV-act. 62 S. 59).

6.2.3.3 Liegen gemäss den Angaben der Sachverständigen deutliche Hinweise auf eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung bis hin zu einer möglichen Aggravation vor, erstaunt es nicht, dass sie sich nicht imstande sahen, eine abschliessende Beurteilung abgeben zu können. Im Gegenteil zeugt es von entsprechender Qualität seitens der Gutachter. Sie bescheinigten immerhin eine 20–30%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit, eine höhere konnten sie unter den gegebenen Umständen allerdings nicht attestieren. Dies liegt aber klarerweise im Verhalten der Beschwerdeführerin begründet und fusst im Übrigen nicht auf einem psychischen Gesundheitsschaden.

6.2.3.4 Nicht indiziert ist eine EFL, wie die Beschwerdeführerin geltend macht. Bei zuverlässiger ärztlicher Beurteilung der Arbeitsfähigkeit besteht in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte eine solche angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes

ausdrücklich befürworten (BGer 8C_711/2016 vom 15. Dezember 2016 E. 3.5). Die MEDAS-Gutachter konnten eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgeben, soweit es das Verhalten der Beschwerdeführerin zuliess. Die Durchführung einer EFL regten sie nicht an. Auch von anderer ärztlicher Seite wurde dergleichen nicht vorgebracht. Eine Verletzung von Art. 43 ATSG liegt demnach nicht vor.

6.2.4 Die Versicherte macht implizit geltend, es liege kein Revisionsgrund vor. Die MEDAS-Gutachter würden eine unterschiedliche Bewertung der unveränderten Diagnosen hinsichtlich der verwertbaren Restarbeitsfähigkeit vornehmen. Es liege kein neues, im Zeitpunkt der Begutachtung eingetretenes, tatsächliches Element vor, welches eine erhebliche, nachträgliche Verbesserung des Gesundheitszustandes begründen könnte. Ihre Beurteilung des gleich gebliebenen, sich sogar verschlechternden Sachverhalts beruhe wohl auf einer optimistischeren Einschätzung (act. 1 Ziff. 12d).

6.2.4.1 Wie bereits in Erwägung 3.3 dargelegt, bedarf es auch bei einer rückwirkend zugesprochenen befristeten Rente zu deren Aufhebung eines Revisionsgrundes. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine tatsächliche Veränderung in den gesundheitlichen Verhältnissen kann auch darin liegen, dass sich beispielsweise ein Leiden in seiner Intensität und damit in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat, oder in einer verbesserten Leidensanpassung der versicherten Person (BGE 141 V 9 E. 6.3.2). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGer 9C_353/2020 vom 5. Mai 2021 E. 2.2).

6.2.4.2 Die Beschwerdeführerin geht offenbar selber von einem Revisionsgrund aus, macht sie doch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend. Der psychiatrische Gutachter der Krankentaggeldversicherung Dr. C._____ konstatierte eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F32.1) (IV-act. 19 S. 14). Demgegenüber fand die psychiatrische Sachverständige der MEDAS eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10 F33.1–33.2), vor. Dies

begründete sie insbesondere mit ihrer Exploration und der durchgeführten Tests, namentlich des BDI (Beck-Depressions-Inventar) mit einem Wert von 32 (IV-act. 62 S. 54 f.). Sie erklärte, welche Kriterien erfüllt seien und dass somit von einer gegenwärtig schweren Episode auszugehen sei. Damit liegt eine Verschlechterung in medizinischer Hinsicht vor, womit ein Revisionsgrund zu bejahen ist.

Die psychiatrische MEDAS-Expertin gab aber auch zu verstehen, dass aufgrund der Aggravationstendenz, der vielen Diskrepanzen und auch der Verdeutlichungstendenz nicht klar definiert werden könne, ob es sich aktuell um eine mittelgradige oder schwere Episode handle, und dass deshalb auch kein objektives Bild der real bestehenden Fähigkeiten gemacht werden könne (IV-act. 62 S. 58 und 59). Damit liegt ebenfalls ein tatsächliches Element vor, welches die Gutachter der Krankentaggeldversicherung nicht diagnostiziert hatten (vgl. IV-act. 19). Ein früher nicht gezeigtes Verhalten der versicherten Person kann unter Umständen eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenänderung darstellen, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Rentenanspruchs auszuwirken vermag. Dies trifft etwa zu bei Versicherten mit einem Beschwerdebild im Sinne von BGE 141 V 281, wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, d.h. die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Beschwerdenausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (BGer 8C_380/2019 vom 11. Oktober 2019 E. 4.1). Die Beschwerdeführerin zeigte bei der neuropsychologischen Untersuchung eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft sowie eine Symptomverdeutlichung (IV-act. 62 S. 59). Daneben konstatierte die psychiatrische Gutachterin erhebliche Inkonsistenzen, Diskrepanzen und eine Aggravationstendenz. Diese Umstände sind zweifellos geeignet, sich auf den Invaliditätsgrad auswirken zu können, da die massgebliche Arbeitsunfähigkeit dadurch deutlich tiefer ausfallen bzw. unter Umständen nicht genau beziffert werden kann. Auch insofern liegt ein Revisionsgrund vor.

So oder anders ist demnach eine allseitige Prüfung ab dem Zeitpunkt der Begutachtung vorzunehmen. Der Einwand der Beschwerdeführerin, wonach kein Revisionsgrund vorliege bzw. dass die MEDAS-Experten den gleich gebliebenen Sachverhalt anders beurteilen würden, zielt ins Leere.

6.3

6.3.1 Das MEDAS-Gutachten vom 26. April 2019 ist somit voll beweiskräftig. Gestützt hierauf steht fest, dass im Zeitpunkt der Begutachtung in der angestammten Tätigkeit keine Leistungsfähigkeit mehr gegeben war. In einer der Leiden angepassten Tätigkeit bestand hingegen eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20–30 % und folglich eine Arbeitsfähigkeit von 70–80 %. Wie schon dargelegt, vermindert der Umstand, dass die Sachverständigen sich nicht in der Lage sahen, zufolge der zahlreichen Unsicherheitsfaktoren eine höhere Einschränkung der Leistungsfähigkeit zu attestieren, den Beweiswert in keiner Weise. Dies hat die Beschwerdeführerin selber zu vertreten, indem sie etwa bei der neuropsychologischen Begutachtung eine ungenügende Anstrengungs- und Leistungsbereitschaft an den Tag legte.

6.3.2 Wohl haben sich die Experten der MEDAS nicht zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit geäußert, was gerade für die Beurteilung einer Veränderung des Gesundheitszustandes und somit eines Revisionsgrundes nicht unwichtig wäre. Indessen hat der psychiatrische RAD-Arzt in Würdigung der Aktenlage den Verlauf dargestellt. Er hat im Einklang der Akten auf die echtzeitlichen Berichte bzw. Gutachten abgestellt und somit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 21. Juni 2016 bis 1. März 2017, eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2. März 2017 (Datum der Begutachtung durch Dr. C. _____ [IV-act. 19 S. 4]) bis 30. Januar 2019 und eine 20–30%ige Arbeitsunfähigkeit ab 31. Januar 2019 (Datum der Untersuchung durch die psychiatrische Gutachterin) attestiert (IV-act. 75). Dies ist nicht zu beanstanden, zumal die Sachverständigen der MEDAS klar gestellt haben, die Arbeitsunfähigkeit sei wesentlich psychiatrisch begründet (IV-act. 62 S. 32).

6.3.3 Die psychiatrisch gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit anhaltender Schmerzstörung und akzentuierten Persönlichkeitszügen mit instabilen und histrionischen Anteilen bedarf eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418). Die IV-Stelle hat keine Plausibilitätsprüfung der bescheinigten Arbeitsfähigkeit mittels den Indikatoren vorgenommen. Obschon von der Beschwerdeführerin nicht gerügt, ist dennoch darauf einzugehen. Dem psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten können dazu folgende Informationen entnommen werden:

6.3.3.1 In Bezug auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome legte die psychiatrische Expertin die Herleitung der Diagnosen rechtsgenügend dar. Insbesondere was die depressive Störung anbelangt, hielt sie fest, aufgrund der festgestellten Symptome und des BDI-Tests mit 32 Punkten liege eine rezidivierende

depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, vor. Diese Diagnose relativierte sie insofern, als sie erklärte, es müsse auf die Tendenz der Aggravation hingewiesen werden, weshalb nicht klar definiert werde, ob es sich aktuell um eine mittelgradige oder schwere Episode handle (IV-act. 62 S. 56 ff.). Sie diskutierte in diesem Zusammenhang auch zahlreiche Inkonsistenzen, welche u.a. auch im Rahmen der neuropsychologischen Begutachtung festgestellt wurden (IV-act. 62 S. 53 und 59). Einen eigentlichen Ausschlussgrund bejahte die Gutachterin nicht. Allerdings erklärte sie, es bestehe sicher eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20–30 %. Aufgrund von vielen Diskrepanzen, Verdeutlichungs- und Aggravationstendenz könne kein objektives Bild der real bestehenden Fähigkeiten gemacht werden. Ob die Einschränkung höher sei, könne unter den gegebenen Umständen nicht beurteilt werden (IV-act. 62 S. 59). Insgesamt ist somit nachvollziehbar dargelegt, wie die Expertin zu den Diagnosen gekommen ist und dass das von der Beschwerdeführerin gezeigte Verhalten nicht mit den erhobenen Befunden übereinstimmt. Angesichts der Diskrepanzen und Inkonsistenzen kann jedenfalls gesagt werden, dass die Symptome nicht in schwerer Ausprägung vorliegen.

Zum Thema Behandlungserfolg oder -resistenz führte die psychiatrische Sachverständige aus, es sei aus psychotherapeutischer Sicht denkbar, dass die unverarbeitete, belastende Erinnerung an die Kündigung durch konfrontative Methoden wie EMDR oder IRRT aufgeweicht und besser verarbeitet werden könnten. Es sei aber fraglich, ob die Versicherte sich darauf einlassen könne. Ferner hielt sie fest, die medikamentösen Interventionen beschränkten sich auf Fluctine, Trittico sowie Lyrica. Auch wenn der behandelnde Psychiater beschreibe, vieles ausprobiert zu haben, könne er keine Beispiele nennen. Fluctine als SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) sei sicherlich eine gute Wahl. Bisher sei jedoch kein Antidepressivum mit Wirkung auf die Schmerzverarbeitung eingesetzt worden. Da Fluctine offenbar nicht ausreichend sei, wäre eine Umstellung der Medikation in Betracht zu ziehen. Dass die Problematik durch eine adäquate Medikation "geheilt" werden könne, sei unwahrscheinlich. Die psychodynamischen Faktoren, welche in Form von dysfunktionalen Denkmustern bestünden, seien wenig beeinflussbar und Therapie erster Wahl sei weiterhin die Psychotherapie (IV-act. 62 S. 55). Aus diesen Angaben erhellt, dass die bisher durchgeführte Therapie über weite Teile lege artis erfolgt ist, indessen aber gerade in Bezug auf die Medikamente eine Umstellung angezeigt ist. Mithin kann noch nicht von einer therapeutisch nicht mehr angebbaren psychischen Störung gesprochen werden.

Hinsichtlich Eingliederungserfolg oder -resistenz kann auf das in Erwägung 6.2.2.3 Gesagte verwiesen werden. Die Beschwerdeführerin hat zwar an einer AMM des RAV teilgenommen. Dabei handelte es sich indessen nicht um einen Arbeitsversuch der beruflichen Eingliederung. Es stellt sich deshalb die Frage, ob die Beschäftigung in der N. _____ überhaupt leidensangepasst war. Überdies korrelierte das gezeigte Verhalten allerdings nicht mit den im damaligen Zeitpunkt bescheinigten Arbeitsfähigkeiten durch die Gutachter der Krankentaggeldversicherung. Aus diesem Arbeitseinsatz können somit keine wesentlichen Rückschlüsse gezogen werden.

Die Komorbiditäten wurden von der psychiatrischen Sachverständigen berücksichtigt. Sie gab an, die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit liege in der affektiven Störung und den Schmerzen begründet. Ebenfalls berücksichtigte sie die Persönlichkeitsstruktur und die dadurch geringen Ressourcen. Gestützt hierauf konnte sie in Anbetracht der vielen Diskrepanzen sowie der Verdeutlichungs- und Aggravationstendenz eine Einschränkung von 20–30 % sicher attestieren (IV-act. 62 S. 58 und 59). Es liegen keine Anhaltspunkte vor, dass die Gutachterin andere relevante Gesundheitsschäden unberücksichtigt gelassen hätte.

Zur Persönlichkeit führte die Expertin aus, das Verhalten der Versicherten sei "emotional instabil". Ihre Impulskontrolle sei eingeschränkt und die Affektivität in einer inadäquaten Weise überschüssend. Die Anamnese, wenn auch lückenhaft, zeige aber kein solches inadäquates Verhalten oder Leiden mit sozialer Beeinträchtigung vor 2016. Entsprechend fehlten relevante Kriterien, um die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung stellen zu können. Es könne aber von akzentuierten Persönlichkeitszügen gesprochen werden. Diese hätten normalerweise keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Hier sei jedoch die Summe der Beschwerden so, dass die akzentuierten Persönlichkeitszüge zusätzlich einschränkend wirkten, weil dadurch auch die Coping-Möglichkeiten eingeschränkt seien und der Umfang mit Konfliktsituationen im Umfeld deutlich schwieriger sei, als dies normalerweise erwartet werden dürfte (IV-act. 62 S. 58). Mithin berücksichtigte die psychiatrische Gutachterin bei ihrer Einschätzung der Leistungsfähigkeit auch die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin.

In Bezug auf den sozialen Kontext erhellt aus den Akten, dass sie zur Familie nicht mehr viel Kontakt hat. Mit dem Sohn habe sie seit einigen Monaten keinen Kontakt mehr, ebenso wenig zu den beiden Töchtern (IV-act. 62 S. 51). Mit einer Freundin treffe sie sich selten. Es gebe noch eine Familie, die sie kenne und treffe, wenn sie jeweils nach

O._____ zum Psychiater gehe (IV-act. 62 S. 52). Sie gab auch an, dass sie im WhatsApp mit ihrem Bruder oder Kolleginnen chatten würde (IV-act. 62 S. 19). Insgesamt kann gesagt werden, dass der Lebenskontext nicht wirklich mobilisierbare Ressourcen für die Versicherte bereit hält. Eine eigentliche Unterstützung durch ein soziales Netzwerk besteht nicht.

Was die Konsistenz anbelangt, namentlich die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus, gab die Beschwerdeführerin an, dass sie gerne koche. Eine weitere Freude bereite ihr das Schwimmen im geheizten Hallenbad in P._____, letztmals vor drei Wochen. Sie könne etwa 15 Minuten schwimmen, dann müsse sie pausieren und könne danach nochmals etwas herumschwimmen. Eine weitere Lieblingsbeschäftigung sei das Spazieren, wobei die Möglichkeiten sowohl durch die Schmerzen am Knie als auch durch die Rückenschmerzen begrenzt seien. Einkaufen gehe sie ebenfalls gerne. Fahrrad fahren würde sie seit dem Treppensturz nicht mehr, Auto fahren nur für kurze Strecken zum Einkaufen und Zug fahren (IV-act. 62 S. 19). Im Vergleich zu vorher tanze sie nicht mehr, was ihr früher viel bedeutet habe (IV-act. 62 S. 21). Insgesamt zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin durch ihre Leiden nicht mehr in gleichem Umfang aktiv ist, indessen aber doch zahlreiche Hobbys noch ausgeübt werden. Das Schwimmen wie auch spazieren gehen ist nach wie vor möglich, was doch auf Ressourcen schliessen lässt.

Bezüglich des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks ist zu erwähnen, dass die Laboruntersuchungen einen Wert deutlich unter dem therapeutischen Bereich für Fluoxetin und Norfluoxetin sowie Trazodon hervor gebracht haben. Sie habe aufgrund einer Magenentzündung sämtliche Medikamente, ausser Pantoprazol, abgesetzt. (IV-act. 62 S. 54). Dies könne auf eine mangelnde therapeutische Compliance oder eine Unterdosierung hinweisen (IV-act. 62 S. 27). Ansonsten geht die Versicherte ca. alle zwei Wochen zu ihrem Psychiater Dr. G._____. Allerdings gehe sie aktuell weniger häufig, weil sie es sich nicht leisten könne (IV-act. 62 S. 52). Daraus kann auf einen gewissen Leidensdruck geschlossen werden. Grundsätzlich nimmt sie die ihr angebotenen Therapien in Anspruch. Relativiert wird das Ganze durch den Umstand, dass sie die Psychopharmaka abgesetzt hat, auch wenn dies möglicherweise in einer Magenentzündung begründet liegt. Eine eigentliche berufliche Eingliederung hat bis anhin nicht stattgefunden, sondern lediglich eine berufliche Massnahme des RAV. Die Beschwerdeführerin war zwar motiviert, allerdings erscheint fraglich, ob es überhaupt eine leidensangepasste Tätigkeit war, weil sie gemäss

den Angaben der Gutachter des Krankentaggeldversicherers deutlich mehr hätte leisten können, als sie subjektiv den Eindruck hatte.

6.3.3.2 Insgesamt erscheint eine attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20–30 % als plausibel. Ein gewisser Leidensdruck und sozialer Rückzug ist vorhanden. Ebenfalls verfügt die Versicherte nicht über viele persönliche Ressourcen. Auf der anderen Seite stehen die zahlreichen Inkonsistenzen und die Verdeutlichungs- bzw. Aggravationstendenz sowie die mässigen Befunde, welche die geklagten Schmerzen nicht vollständig zu erklären vermögen.

6.4 In medizinischer Hinsicht steht somit fest, dass bei der Beschwerdeführerin vom 21. Juni 2016 bis 1. März 2017 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, vom 2. März 2017 bis 30. Januar 2019 von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und ab 31. Januar 2019 von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit (Mittelwert der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 80 %) auszugehen ist.

7.

7.1 Die Beschwerdeführerin rügt ebenfalls, die prioritäre Frage der Eingliederung sei nicht geprüft worden. Die IV-Stelle sei davon ausgegangen, dass sie – die Versicherte – das angeblich funktionelle Leistungsvermögen sogleich in zumutbarer und rentenausschliessender Weise, somit auf dem Weg der Selbsteingliederung, erwerblich verwerten könne (act. 1 Ziff. 15).

7.2 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxismässig in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt

ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten. Diese Rechtsprechung findet auch dann Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird (BGer 8C_826/2018 vom 14. August 2019 E. 3.2.2).

7.3 Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 10. Februar 2020 (vgl. BGer 8C_446/2014 vom 12. Januar 2015 E. 4.2.1) 56 Jahre alt, weshalb grundsätzlich vor Aufhebung der Rente vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen wären. Denn, wie aus den Akten im Weiteren erhellt, verfügt sie lediglich über eine geringe Schuldbildung (IV-act. 62 S. 19 und 67). Auf der anderen Seite wurde die Versicherte nicht sich selbst überlassen. Bereits im Vorbescheid vom 6. September 2017 wurde ihr mitgeteilt, dass sie Anspruch auf Arbeitsvermittlung habe (IV-act. 26 S. 2). Davon hat sie aber nie Gebrauch gemacht, auch nicht in dem Umfang, wie sie sich noch selber fähig sieht (vgl. IV-act. 62 S. 23). Insgesamt hat sie zum Ausdruck gebracht, dass die subjektive Bereitschaft, sich wieder in den Arbeitsmarkt einzugliedern, nicht gegeben ist. Sie hat während längerer Zeit, obschon sie um ihren Anspruch gewusst hat, sich nie die Mühe gemacht, die Hilfe der Invalidenversicherung anzunehmen. Insofern ist nicht erkennbar, was etwaige weitere Bemühungen seitens der IV-Stelle gebracht hätten.

8.

8.1 In erwerblicher Hinsicht rügt die Beschwerdeführerin einzig die Höhe des leidensbedingten Abzugs. Weil ihr eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem vollschichtigen Pensum nicht mehr zumutbar sei und sich die Faktoren leidensbedingte Einschränkung, Alter und Beschäftigungsgrad auf die Entlöhnung erheblich auswirkten, sei mit einer leidensbedingten Reduktion von 20 % vom Tabellenlohn der behinderungsbedingten Lohneinbusse angemessen Rechnung zu tragen (act. 1 Ziff. 17f).

8.2 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 (BGE 135 V 297 E. 5.2).

8.3 Die IV-Stelle gewährte für die Ermittlung des Invaliditätsgrades ab April 2017 einen leidensbedingten Abzug von 5 % und ab Januar 2019 einen solchen von 10 % (Bf-act. 1 S. 7 sowie act. 5 "Zu Ziff. 17"). Eine Begründung, weshalb ab April 2017 lediglich ein Abzug von 5 % berücksichtigt wurde, liefert die Verwaltung nicht. Es ist nicht einzusehen, weshalb im Zeitpunkt des Rentenbeginns lediglich ein Abzug von 5 % hätte genügen sollen. Allerdings würde selbst bei einem leidensbedingten Abzug von 10 % nur ein Invaliditätsgrad von gerundet 57 % resultieren, was weiterhin zum Bezug einer halben Rente berechtigt.

8.4 Ansonsten kann bezüglich eines höheren leidensbedingten Abzuges auf die zutreffende Begründung der IV-Stelle in deren Vernehmlassung verwiesen werden (act. 5 "Zu Ziff. 17"). Die angeführte Rechtsprechung wurde korrekt zitiert. Es sind insgesamt keine Gründe ersichtlich, welche einen Abzug von 20 % rechtfertigen würden.

8.5 Obschon die Ermittlung des Invaliditätsgrades nicht beanstandet wurde, ist die Berechnung einer genaueren Prüfung zu unterziehen, da etwa nicht nachvollziehbar ist, weshalb im Zeitpunkt des Rentenbeginns im 2017 dasselbe Valideneinkommen eingesetzt wurde wie bei der Rentenaufhebung im 2019.

8.5.1 Im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (1. April 2017) beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 56'603.– (Fr. 56'550.– [gemäss Angaben des ehemaligen Arbeitgebers; vgl. IV-act. 8 S. 5], indexiert auf das Jahr 2017: 2016 = 106,7 [T1.2.10, 90–96], 2017 = 106,8 [T1.2.10, 90–96]).

Das Invalideneinkommen beträgt Fr. 24'655.– (Fr. 4'363.– [LSE 2016, TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 1] x 12, betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden, indexiert auf das Jahr 2017: 2016 = 105,0 [T1.2.10, Total], 2017 = 105,4 [T1.2.10, Total], Arbeitsfähigkeit 50 %), wobei ebenfalls ein leidensbedingter Abzug von 10 % zu gewähren ist, da nicht

einsehbar ist, weshalb dieser lediglich auf 5 % zu veranschlagen ist, wogegen im 2019 ein solcher von 10 % berücksichtigt wird.

Insgesamt resultiert daraus ein Invaliditätsgrad von gerundet 56 %, was zum Bezug einer halben Rente berechtigt.

8.5.2 Im Zeitpunkt der Rentenaufhebung (1. April 2019) beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 57'519.– (Fr. 56'550.– [gemäss Angaben des ehemaligen Arbeitgebers; vgl. IV-act. 8 S. 5], indexiert auf das Jahr 2019: 2016 = 105,0 [T1.2.10, G–S 45–96], 2019 = 106,8 [T1.2.10, G–S 45–96]).

Das Invalideneinkommen beträgt Fr. 37'544.– (Fr. 4'363.– [LSE 2016, TA1, Total Frauen, Kompetenzniveau 1] x 12, betriebsübliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden, indexiert auf das Jahr 2017: 2016 = 105,0 [T1.2.10, Total], 2019 = 107,0 [T1.2.10, Total], Arbeitsfähigkeit 75 %), wobei ein leidensbedingter Abzug von 10 % zu berücksichtigen ist.

Insgesamt resultiert daraus ein Invaliditätsgrad von gerundet 35 %, weshalb die Rentenaufhebung rechtmässig ist. Damit verbleibt kein Raum für die eventualiter beantragte Viertelsrente ab 1. April 2019 (act. 1 Ziff. 19).

9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Verwaltung der Beschwerdeführerin zu Recht vom 1. April 2017 bis 31. März 2019 eine befristete halbe Invalidenrente zugesprochen hat. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde erweist sich demnach als unbegründet und ist abzuweisen.

10. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.– festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht auszurichten.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
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 den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die IV-Stelle des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 29. Juni 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Der Gerichtsschreiber

versandt am