



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 2. Mai 2022 *[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 86

A. Die 1964 geborene A. _____ war als Charcuterie-Verkäuferin vollzeitlich erwerbstätig als sie sich 2015 ein erstes Mal infolge von Rücken- und Schulterbeschwerden zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet hatte (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 6. Oktober 2015 wies die IV-Stelle Zug das Leistungsbegehren mangels einer längerdauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab (IV-act. 18).

Im April 2017 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf einen Rückfall ihrer Rücken- und Schulterbeschwerden am 1. November 2016 erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 22). Daraufhin tätigte die IV-Stelle Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht. Insbesondere liess sie die Versicherte in der MEDAS Bern ZVMB GmbH polydisziplinär abklären (MEDAS-Gutachten vom 6. Februar 2020; IV-act. 112). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (IV-act. 117 ff.) sprach sie der Versicherten mit Verfügung vom 24. Juni 2020 eine rückwirkend befristete ganze Invalidenrente vom 1. Oktober 2017 bis 31. März 2018 und vom 1. Juli 2018 bis 31. Mai 2019 zu (IV-act. 129).

B. Dagegen erhob A. _____ am 15. Juli 2020 Beschwerde und beantragte die nochmalige Überprüfung des Leistungsanspruchs (act. 1). Auf Aufforderung des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug reichte sie am 24. Juli 2020 und 10. August 2020 eine Begründung ihrer Beschwerde nach (act. 3 und 5).

C. Innert der angesetzten Frist bezahlte die Beschwerdeführerin den ihr auferlegten Kostenvorschuss von Fr. 800.– (act. 7).

D. Mit Vernehmlassung vom 17. September 2020 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (act. 9).

E. Mit Replik vom 11. November 2020 und Duplik vom 30. November hielten die Parteien (sinngemäss) an den gestellten Anträgen fest (act. 12 und 14).

F. Nun anwaltlich vertreten, reichte die Beschwerdeführerin am 7. Dezember 2020 eine weitere Stellungnahme ein und modifizierte ihre Anträge insoweit, als sie neu die Zusprechung einer unbefristeten angemessenen Invalidenrente ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt, eventualiter eine Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur erneuten Abklärung verlangt (act. 16 S. 8).

G. Dazu äusserte sich die Beschwerdegegnerin am 12. Januar 2021 (act. 18), worüber die Beschwerdeführerin am 14. Januar 2021 orientiert wurde (act. 19).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

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. Am 1. Januar 2022 ist weiter das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG; SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020). Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab; in zeitlicher Hinsicht sind, vorbehältlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V 9 E. 1; 129 V 354 E. 1, je mit Hinweisen). Die hier angefochtene Verfügung erging am 24. Juni 2020; die zu beurteilende Beschwerde wurde am 15. Juli 2020 der Post übergeben. Anwendbar sind demnach die bis zum 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG, des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus Art. 82a ATSG (Übergangsbestimmung zur Änderung vom 21. Juni 2019), der ebenfalls vorsieht, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen (Art. 57 ATSG i.V.m. § 77 Abs. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a 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 gegeben. Die angefochtene Verfügung datiert vom 24. Juni 2020. Mit der am 15. Juli 2020 der Schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist als

Verfügungsadressatin direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen Antrag und eine Begründung, womit auch den formellen Anforderungen Genüge getan ist (Art. 61 lit. b ATSG; § 44 VRG). Auf die Beschwerde ist einzutreten. 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 % bestand bis 31. Dezember 2021 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 (aArt. 28 Abs. 2 IVG).

3.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert oder aufgehoben, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) 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 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; 125 V 368 E. 2; 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.2). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (BGer I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

3.5 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit aArt. 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, woraufhin sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.6 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 (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 115 V 133 E. 2 mit Hinweisen).

3.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

4. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchsrelevanten Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse im Rahmen der Neuanmeldung bildet die leistungsablehnende Verfügung vom 6. Oktober 2015, worin festgestellt wurde, dass die Beschwerdeführerin gemäss den Angaben von Dr. med. C. _____, Spitalfacharzt an der Klinik D. _____, vom 13. Juli 2015 (IV-act. 15) und der Arbeitgeberin vom 20. Juli 2015 (IV-act. 16) ab 22. Juni 2015 wieder voll arbeitsfähig war (IV-act. 18).

5.

5.1 Den Akten lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vom 24. August 2017 bis 27. September 2017, vom 12. Oktober 2017 bis 7. Dezember 2017 und vom

19. Dezember 2017 bis 11. Januar 2018 wegen einer mittelgradigen depressiven Episode in der Klinik E._____, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, hospitalisiert war (Berichte vom 9. November 2017 und 29. Januar 2018; IV-act. 42 und 47).

5.2 Ausserdem war die Beschwerdeführerin infolge einer Fraktur des Metatarsale V am 11. Juli 2018 zunächst im Kantonsspital F._____ in ambulanter (Bericht vom 4. September 2018; IV-act. 66) und vom 11. bis 28. März 2019 in der Klinik D._____ in stationärer Behandlung (Bericht vom 17. April 2019; IV-act. 91).

5.3 Im MEDAS-GA vom 6. Februar 2020 wurden folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit gestellt (IV-act. 112/9):

- Cervicospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei/mit
 - degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und mittelgradige Foramenstenose der Nervenwurzeln C5 und C6 rechts
- Periarthropathia humero-scapularis rechts bei/mit
 - eingeschränkter Beweglichkeit
 - Verdacht auf eine beginnende avaskuläre Nekrose des Humeruskopfes – kontrollbedürftig
 - AC-Gelenksarthrose bei Bigliani II-Konfiguration und fraglichem Impingement
 - Tendinopathie des Musculus supraspinatus und Musculus infraspinatus mit kleinen gelenk- und bursaseitigen Sehnen-Einrissen

Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter folgenden weiteren Diagnose bei (IV-act. 112/9):

- St.n. Metatarsale V-Fraktur links vom 11. Juli 2018
- St.n. Hallux Valgus-Operation links am 15. September 2019
- Knieschmerzen beidseits bei/mit beginnender medialer Gonarthrose rechts
- St.n. akuter Gastritis im August 2017, am ehesten NSAR-assoziiert
- Obstipation (anamnestisch, behandelt)
- St.n. Hysterektomie und Ovaryektomie beidseits am 24. Mai 2018
- Leberzyste (Zufallsbefund Sonographie vom 18. September 2012)
- In Art und Ausprägung nicht authentische kognitive Minderleistungen in nahezu allen kognitiven Bereichen (Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Sprache, Visuskonstruktion) mit/bei:
 - Leistungsverzerrung
 - Status nach Trauerreaktion (Anpassungsstörung; ICD-10 F43.2)
 - Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73.0)

Aus orthopädischer Sicht sei die Beschwerdeführerin lege artis konservativ behandelt worden. Die Degeneration der Halswirbelsäule werde sich schicksalhaft weiter verschlechtern. Eine Operationsindikation bestehe nicht. Die Problematik der rechten Schulter sei bisher radiologisch nicht abgeklärt worden. In der gutachterlich veranlassten Arthro-Magnetresonanztomografie der rechten Schulter hätten sich die Verdachtsdiagnose einer beginnenden aseptischen Humeruskopfnekrose neben einer AC-Gelenksarthrose und einer Tendinopathie mit kleinsten Rissen im Supra- und Infraspinatus ergeben. Ohne Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit sei die Metatarsale V-Fraktur, welche keine Probleme mehr bereite, sowie die beginnende Gonarthrose rechts (IV-act. 112/7).

Der psychiatrische Konsiliararzt stellte fest, dass die Beschwerdeführerin über Jahre uneingeschränkt gearbeitet habe, zuerst in der Küche und zuletzt im Verkauf. Ab 2016 sei sie wegen Schmerzen krankgeschrieben worden. Es seien vermehrt psychische Probleme dazu gekommen. Im Januar 2018 seien ausgeprägte kognitive Defizite beschrieben worden (vgl. Bericht der Klinik E. _____ vom 29. Januar 2018; IV-act. 47). Im April 2019 sei von den behandelnden Fachleuten der Klinik D. _____ eine ADHS-Abklärung empfohlen worden (vgl. Bericht vom 17. April 2019; IV-act. 91). Die Verdachtsdiagnose eines ADHS erstaune, da aus der Vergangenheit der Beschwerdeführerin keine solchen Einschränkungen bekannt seien. Zudem wären sie der behandelnden Psychiaterin wohl aufgefallen. In ihrem Bericht vom 17. Dezember 2018 beziehe sich die Psychiaterin offensichtlich vornehmlich auf die Angaben der Beschwerdeführerin zur Befindlichkeit (vgl. Bericht von med. pract. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom 17. Dezember 2018; IV-act. 81). Dem Schreiben könne sonst keine schwere depressive Symptomatik entnommen werden. Ähnliches gelte auch für das Schreiben vom November 2017 (vgl. Bericht der Klinik E. _____ vom 9. November 2017; IV-act. 42). Allerdings habe unter der Therapie zunächst eine gute Stabilisierung erreicht werden können. Die Verschlechterung des Zustandsbildes, geschildert im Schreiben vom 17. Dezember 2018, sei nicht detailliert beschrieben worden, sodass nicht klar werde, welche Beschwerden bestanden und zu der Arbeitsunfähigkeit von 100 % beziehungsweise 75 % psychiatrisch geführt hätten. Im Austrittsbericht der Klinik D. _____ mit einer kurzen Hospitalisation im März 2019 sei lediglich die Diagnose einer depressiven Episode seit August 2018 beschrieben worden (vgl. Bericht vom 17. April 2019; IV-act. 91). Es werde auch erwähnt, dass die Beschwerdeführerin sich trotz wiederholter Edukation kaum von ihrem vorwiegend strukturellen Schmerzverständnis, verbunden mit passenden Behandlungsvorstellungen, habe distanzieren können (IV-act. 112/7).

Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich keine validen Ergebnisse ergeben. Somit könnten auch die Angaben im Psychostatus zur Kondition im Januar 2018 nicht nachvollzogen werden (vgl. Bericht der Klinik E. _____ vom 29. Januar 2018; IV-act. 47). Es sei damals von bis zu schweren kognitiven Defiziten berichtet worden, die durch die gutachterliche neuropsychologische Abklärung keineswegs hätten bestätigt werden können. Entsprechend hätten insbesondere auch keine neuropsychologischen Defizite nachgewiesen werden können. Diese seien zwar von der Beschwerdeführerin und ihrer Psychiaterin beschrieben worden, hätten sich jedoch im Rahmen der gutachterlichen neuropsychologischen Untersuchung als nicht-authentische Minderleistungen in nahezu allen kognitiven Bereichen erwiesen. Dieses Ausmass an negativer Leistungsverzerrung erkläre sich aber auch nicht durch tiefgreifende psychische Störungen und erfülle damit mindestens die Kriterien einer deutlichen Aggravation (IV-act. 112/7–8). Aufgrund der nicht validen Testergebnisse sei der Verdacht eines ADHS weder widerlegbar noch belegbar. Trotz der nachgewiesenen Beschwerdeübertreibung und -ausweitung hätten die von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben zur Schulzeit und zum beruflichen Werdegang keine ausreichenden Hinweise auf ein ADHS ergeben (IV-act. 112/83).

Es liege ein Status nach Trauerreaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung vor. Die Ursachen der Anpassungsproblematik schienen vielfältig zu sein, einerseits Aborte, eine gynäkologische Operation, Kinderlosigkeit, der Verlust naher Familienangehöriger, schliesslich auch der Verlust des Arbeitsplatzes im Jahre 2018. Die begonnene Massnahme zur Wiedereingliederung am angestammten Arbeitsplatz habe nicht fortgeführt werden können, da die Beschwerdeführerin operiert werden müsse. Auch später sei es zu einem Unfall gekommen, der bei der Beschwerdeführerin wohl eine Verunsicherung herbeigeführt und eine erneute Anpassungsproblematik ausgelöst habe. Da bei Anpassungsproblemen auch affektive Störungen auftraten, könne es leicht zu Fehleinschätzungen in Richtung einer depressiven Störung kommen, dies auch abhängig von den Klagen der Betroffenen. Dies scheine auf die Beschwerdeführerin zuzutreffen. Die Neigung zu dysfunktionaler Verarbeitung somatischer Ereignisse sei im Bericht der Klinik D. _____ vom 17. April 2019 (vgl. IV-act. 91) thematisiert worden. Gegenwärtig könne keine affektive Störung, aber auch keine somatoforme Störung diagnostiziert werden. Auch aus der Vergangenheit ergäben sich keine Hinweise für psychische Störungen. Diese seien weder von der Beschwerdeführerin anamnestisch noch aus dem Dossier eruierbar. Früher sei auch keine psychiatrische Behandlung durchgeführt worden. Im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung hätten sich, bis auf die Ereignisse der letzten Jahre, auch keine begünstigenden kritischen Ereignisse in der Biografie gezeigt.

Insgesamt ergäben sich auch keine Störungen der Persönlichkeit. Auch die Ressourcenlage der Beschwerdeführerin erscheine aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt, dies insbesondere unter der Berücksichtigung der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und der in Frage kommenden beruflichen Aufgabe in der Zukunft. Die geschilderten Einschränkungen des Aktivitätenniveaus erschienen gegenwärtig und auch in der Vergangenheit nicht plausibel. Aus psychiatrischer Sicht liessen sich keine relevanten Symptome oder Funktionseinbussen erkennen, welche eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit auslösen könnten (IV-act. 112/8).

Neurologisch sei ein Osteochondrose-Befund in Höhe C5/6 mit Diskusprotrusion belegt. Auch im Rahmen der aktuellen Bildgebung liege hier der Schwerpunkt auf den leichten degenerativen Veränderungen. Radiologisch wäre auch eine gewisse radikuläre Reizsymptomatik denkbar, bewegungsabhängig. Jedoch finde sich klinisch-neurologisch und gemäss neurologischer Anamnese weder aktuell noch in der Vergangenheit eine konkrete belegbare radikuläre Reizsymptomatik. Auch sei der Reflexstatus völlig seitengleich, sowohl insbesondere für die C5- und C6-Kennreflexe, als auch für die C7-Kennreflexe. Zudem sei auch in der Elektromyografie (EMG) in den Myotomen C5–C7 rechts keinerlei Pathologie feststellbar. Eine nur geringe Irritation lasse sich lediglich beim Thoracic-Outlet-Okklusionsmanöver rechts provozieren, jedoch sei das Adson-Manöver unauffällig ohne Pulsverlust. Eine gewisse leichte myofasziale Projektion zum rechten Arm könne somit zwar zeitweilig bestehen, sei jedoch sicherlich nicht im Schweregrad relevant, um eine adaptierte Tätigkeit zu verunmöglichen. Auch der elektrophysiologische Befund mit unauffälligen F-Wellen zeige keine Pathologie. Zudem sei in unbemerkter Beobachtung keine Beeinträchtigung der Bewegungsamplituden, zumindest im üblichen Greifraum bis Brusthöhe, erkennbar. Somit seien versicherungsmedizinisch bezüglich der zervikalen und Schulter-Arm-Beschwerden keine zusätzlichen neurologischen Störungsanteile leistungsmindernd zu berücksichtigen. Dies gelte aktuell wie auch retrospektiv gemäss Durchsicht der Aktenlage. Es bestehe eine schon primär seit der Jugend bestehende episodische Migräne ohne Aura. Die Beschwerdeführerin beschreibe die aktuellen Kopfschmerzen aber gleichermassen häufig und in der Ausprägung ähnlich wie auch in der Vergangenheit, als sie trotz der Kopfschmerzen praktisch stets und immer durchgängig gearbeitet habe, ohne Fehlzeiten. Es dürfe also davon ausgegangen werden, dass bei gleicher Symptomatik auch aktuell keine solche Beeinträchtigung zu erwarten wäre. Medikamentöse Behandlungsmassnahmen und weitere Therapiemassnahmen seien nie ergriffen worden. Offensichtlich habe auch nicht eine solche Ausprägung bestanden, dass die Kopfschmerzen zu einer fachmedizinischen Behandlung in der

Vergangenheit geführt hätten. Hinsichtlich der angegebenen Kopfschmerzen sei vormals eine Magnetresonanztomografie (MRI) des Craniums im November 2015 bereits unauffällig gewesen. Versicherungsmedizinisch möge also somit eine episodische Migräne zwar bestehen, diese sei jedoch nicht als arbeitsrelevant zu bewerten, wie es auch in der Vergangenheit bereits nicht zu Ausfällen relevanter Art geführt habe. Ein medikamenteninduzierter Kopfschmerz sei im deskriptiven Befund nicht zwingend zuzuordnen. Auch dieses wäre aber behandelbar (IV-act. 112/8). Es bestünden in der Gesamtheit deutliche und mehrfache Inkonsistenzen, sowohl bezüglich der angegebenen Schmerzstärke, der angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen und der Müdigkeit. Es sei von einer offensichtlich bewussten aggravatorischen Überbetonung auszugehen (IV-act. 112/137).

Internistisch sei in einer Sonographie vom 18. September 2012 eine Leberzyste im Segment V als Zufallsbefund gefunden worden (vgl. Bericht des Hausarztes Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 10. Juni 2017; IV-act. 32/1–9). Die Wertigkeit einer Ovarialzyste als Auslöser von Schmerzen sei unklar gewesen. Wiederholt sei ein Vitamin D-Mangel nachgewiesen worden (Dezember 2016, 2017, April 2018) und eine Vitamin D-Substitution eingeleitet. Ein ätiologischer Zusammenhang mit den Schmerzen sei verneint worden. 2017 seien vaskuläre Probleme sowie eine entzündlich rheumatologische Grunderkrankung ausgeschlossen worden. Im Frühling 2018 habe eine Eisenmangelanämie bestanden. Im August 2017 sei aufgrund Angabe einer Übelkeit mit Erbrechen eine vermutlich NSAR-bedingte Gastritis diagnostiziert worden. Eine Hysterektomie und Ovaryektomie beidseits am 24. Mai 2018 habe zum Abbruch des damals laufenden Arbeitsversuchs geführt (IV-act. 112/9).

Mit Bezug auf die zumutbare Arbeitsleistung führten die Gutachter aus, aus orthopädischer Sicht seien der Beschwerdeführerin das Heben und Tragen von schweren Lasten von mehr als 3 kg rechts und 10 kg links ist nicht mehr zumutbar wie auch Arbeiten in Zwangspositionen des Kopfes oder reine Überkopfarbeiten und Arbeiten mit vibrierenden und schlagenden Maschinen v.a. rechts. Aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen (IV-act. 112/9).

Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Hinweise für eine Störung der Persönlichkeitsentwicklung oder gar eine Persönlichkeitsstörung. Es bestünden deutliche und mehrfache Inkonsistenzen in den angegebenen kognitiven Beeinträchtigungen und der Müdigkeit. Im Ausdrucksverhalten könne weder ein Hinweis für Müdigkeit noch für

kognitive Störungen erkannt werden. Es sei von einer offensichtlich bewussten aggravatorischen Überbetonung der möglicherweise im Kern der Schmerzsymptomatik bestehenden Einschränkung auszugehen. Es ergäben sich aber keine medizinischen Gründe, warum eine relevante kognitive Störung bestehen solle. Auch sei eine depressive Störung aktuell in keiner Weise mehr erkennbar, auch wenn dies in der Vergangenheit bestanden haben sollte. Hierzu sei aber anzumerken, dass die Beschwerdeführerin in der früheren Vergangenheit nie psychische Störungen gezeigt, eine durchaus sehr gute Resilienzlage aufgewiesen und gute persönliche psychische Kompetenzen gehabt habe. Es sei nachvollziehbar, dass eine Trauersituation vorübergehend depressive Gefühle auslöse, eine dauerhafte, langfristige Einschränkung dürfte hieraus aber nicht wahrscheinlich sein. Aktuell könne auch keine Depressivität mehr erkannt werden. Auch eine kognitive Störung, sofern eine solche je bestanden habe, sollte schon längst rückläufig gewesen sein. Wohl aber falle eben als Inkonsistenz die Behauptung auf, sich deswegen keine Arbeitstätigkeit mehr zumuten zu können. Dies wirke aufgesetzt. Eine solche grobe negative Leistungsverzerrung der hier gezeigten nichtauthentischen schweren kognitiven Minderleistungen erfüllten somit in Gesamtschau mindestens die Kriterien eines erheblichen aggravatorischen Verhaltens (IV-act. 112/10–11).

Gestützt darauf kamen die Gutachter zum Schluss, dass in der bisherigen Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. In einer angepassten Tätigkeit schätzten sie die Arbeitsfähigkeit auf 80 % im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils. Bei der Symptomatik der Beschwerdeführerin und unter Annahme einer Anpassungsproblematik sei eine Arbeitsunfähigkeit auch in der Vergangenheit nicht nachvollziehbar. Dies gelte insbesondere für den Zeitraum von Oktober 2016 bis zum Begutachtungszeitpunkt. Die Beschwerdeführerin habe die angestammte Tätigkeit vom 21. Oktober 2014 bis am 19. August 2017 zu 50 % ausgeführt. Am 25. August 2017 werde in einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (vgl. Bericht der I. _____ vom 25. August 2017; IV-act. 37/2–12) eine Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit von 50 % ab Februar 2017 postuliert und von 80 % für eine sehr leichte wechselbelastende Tätigkeit. Ab 11. Juli 2018 habe wegen einer Fussfraktur mit Dislokation der Fragmente eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten wie einer Verweistätigkeit für mindestens vier Monate bestanden. Die rein orthopädische Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der behandelnden Ärzte sei nachvollziehbar. Entsprechend bestehe für die angestammte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % vom 21. Oktober 2014 bis 10. Juli 2018, danach eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis 10. November 2018 und anschliessend weiterhin wegen der zunehmenden Schulterproblematik rechts. In einer Verweistätigkeit wäre medizinisch

theoretisch von Oktober 2014 bis zur Fraktur vom 11. Juli 2018 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit vermutlich möglich gewesen. Nach der viermonatigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit wäre medizinisch theoretisch ein Aufbau der Arbeitsfähigkeit bis auf 80 % während zwei Monaten möglich gewesen. Ab Mitte Januar 2019 wäre eine Arbeitsfähigkeit von 80 % möglich gewesen, abgesehen von Phasen von akuter Exazerbation und von Hospitalisationen. Diese Beurteilung könne sich je nach Verlauf der Schulterproblematik rechts ändern. Sollte sich die Verdachtsdiagnose einer aseptischen Humeruskopfnekrose erhärten, werde dies zu einer Änderung der orthopädischen Diagnose, der Therapie, dem Zumutbarkeitsprofil und der Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeit führen (IV-act. 112/11–12).

5.4 Im Bericht vom 2. April 2020 (BF-act. 24) stellte Dr. med. J._____, Leitender Arzt am Kantonsspital F._____, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, mit Bezug auf das rechte Schultergelenk die Diagnosen einer partiellen Humeruskopfnekrose, eines subacromialen Impingements mit Tendinopathie der Supraspinatussehne, einer oligosymptomatischen AC-Gelenksarthrose und einer beginnenden Omarthrose. Eine am 2. März 2020 zur Bestätigung der Humeruskopfnekrose durchgeführte Magnetresonanztomografie des rechten Schultergelenks (vgl. Radiologiebefund des Kantonsspitals F._____; BF-act. 22) habe im Vergleich zu den Aufnahmen vom 30. August 2019 (vgl. Befundsbericht der Andreasklinik vom 30. August 2019; IV-act. 112/67–69) keine relevante Befundänderung gezeigt. Nach wie vor bestehe eine kleine, ca. 14 mm lange Nekrosezone im Humeruskopf zentral unter der subchondralen Knochenlamelle.

Der berichtende Spitalarzt gab weiter an, die sehr diffusen Beschwerden an der rechten oberen Extremität seien multifaktorieller Genese. Klinisch könne keine eindeutige Schmerzursache ausfindig gemacht werden. Die magnetresonanztomografisch sichtbaren Pathologien seien nicht operationspflichtig. Die kleine Humeruskopfnekrose sei unter der intakten Knochenlamelle und nehme in Vergleich zu August 2018 [recte wohl: 2019] nicht an Grösse zu. Eine retrograde Anbohrung der Nekrose sei nicht indiziert, da hierdurch keine garantierte Verbesserung zu erwarten sei. Die sichtbare AC-Gelenksarthrose und das subacromiale Impingement hätten eigentlich durch die anamnestisch vom Hausarzt durchgeführten Infiltrationen adressiert werden sollen. Gemäss der Beschwerdeführerin sei dies jedoch nicht der Fall gewesen. Die am 10. Januar 2020 durchgeführte neurologische Untersuchung (vgl. Bericht von Dr. med. K._____, Fachärztin für Neurologie; BF-act. 25) habe auch keine eindeutige neurologische Ursache für die

Beschwerden finden können. Sollte es im weiteren Verlauf zum Einbrechen der subchondralen Knochenlamelle im Bereich der Humeruskopfnekrose kommen, würde dies mit einer deutlichen Schmerzzunahme und Beweglichkeitseinschränkung einhergehen. Dann wäre vermutlich die Implantation einer Humeruskopfteilprothese unumgänglich.

5.5 Im Sprechstundenbericht vom 24. Juli 2020 (BF-act. 23) führte Dr. med. L._____, Co-Chefarzt interdisziplinäre Wirbelsäulenchirurgie am Kantonsspital M._____, aus, die Schmerzsymptomatik am rechten Arm sei sicher multifaktoriell. Im klinischen Untersuch hätten sich eine zervikale Radikulopathie, aber auch eine subacromiale Impingement an der rechten Schulter und positive Tinelzeichen sowohl am Sulcus ulnaris wie auch am Carpaltunnel gezeigt. Angesichts der Tatsache, dass wegen dieser Beschwerden die Lebensqualität der Beschwerdeführerin seit Jahren deutlich vermindert sei, und angesichts der radiologisch nachgewiesenen foraminale Engstellen von C4–C6 und C7/T1 rechts, dürfe eine chirurgische Dekompression im Sinne einer ACDF-Stabilisation von C4–C6 und auch von C7/T1 trotz der komplizierten medizinischen und persönlichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin diskutiert werden

5.6 Zum MEDAS-Gutachten vom 6. Februar 2020 bemerkte Dr. med. N._____, Oberärztin mbF am Kantonsspital F._____, Medizinische Klinik, im Bericht vom 10. November 2020 (BF-act. 18), dass zwischenzeitlich relevante neue Abklärungen und Beurteilungen durchgeführt worden seien, die verschiedene strukturelle Veränderungen an Schulter (partielle Humeruskopfnekrose, Omarthrose, Zystenbildung), Halswirbelsäule (neuronal Engstellen mit Nervenkontakt) und ein Sulcus ulnaris-Syndrom ergeben hätten, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Insbesondere bezüglich der Schulterpathologie sei eine Verschlechterung im Verlauf möglich, respektive zu erwarten.

6. Aufgrund der Akten ist mit den psychiatrischen Hospitalisationen, der Fussfraktur und der Verschlimmerung der Schultersymptomatik eine ab Oktober 2016 eingetretene Verschlimmerung dargetan (vgl. insbes. E. 5.1–5.3), weshalb die für die Prüfung der Neuanschuldung erforderliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der ersten rentenablehnenden Verfügung (E. 4) ausgewiesen ist. Liegt somit ein Rückkommenstitel 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).

7.

7.1 Gegen die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 6. Februar 2020 (E. 5.3) wendet die Beschwerdeführerin ein, die nach Erstellung des Gutachtens produzierten medizinischen Berichte bestätigten die Humeruskopfnekrose, weshalb auf die im Gutachten formulierte Zumutbarkeitsbeurteilung nicht ohne weiteres abgestellt werden könne (act. 16 S. 5).

Dem ist zu entgegnen, dass die nach der Begutachtung durchgeführten radiologischen und orthopädischen Abklärungen der Schulterbeschwerden zwar das Vorliegen einer kleinen Humeruskopfnekrose bestätigten und daneben eine beginnende Omarthrose fanden. Daraus lässt sich jedoch keine, über die von den Gutachtern zuerkannte Limitierung ableiten, denn gemäss den Angaben des Orthopäden Dr. J. _____ würde erst ein Einbrechen der subchondralen Knochenlamelle im Bereich der Humeruskopfnekrose zu einer deutlichen Schmerzzunahme und Beweglichkeitseinschränkung führen (E. 5.4). In die gleiche Richtung geht die Aussage der Rheumatologin Dr. N. _____, wonach mit einer Verschlechterung der Schulterpathologie im Verlauf zu rechnen sei (vgl. E. 5.6).

Ausschlaggebende Bedeutung für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kommt sodann nicht der Diagnose zu, sondern der aus der gesundheitlichen Beeinträchtigung am Bewegungsapparat resultierenden funktionellen Einschränkungen und der damit einhergehenden Auswirkung auf das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin (vgl. BGE 143 V 418 E. 6). Dazu äusserten sich die Gutachter abschliessend. Die zu erwartende Verschlechterung durch Fortschreiten der Nekrose könnte allenfalls Grund für eine Neuanschuldung bilden. In diesem Sinne ist der von den Gutachtern geäusserte Vorbehalt zu verstehen.

Weiter konnte die Neurologin Dr. K. _____ die von ihr untersuchten intermittierenden Parästhesien des rechten Armes nicht eindeutig zuordnen. Klinisch fand sie zwar Aspekte für ein Sulcus ulnaris-Syndrom rechts, die Ulnaris-Neurografie und ergänzend das Ulnaris somatosensibel evozierte Potenzial (SSEP) waren aber normal (BF-act. 25 S. 3). Auch die neueren radiologischen und klinischen Untersuchungen der Halswirbelsäule ergaben keine neuen Befunde (vgl. E. 5.5 und Radiologiebefund vom 24. Juli 2020 [BF-act. 21]).

Unter diesen Umständen vermögen die neuen Abklärungen die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 6. Februar 2020 nicht zu schmälern.

7.2 Sodann wendet die Beschwerdeführerin ein, entgegen der Empfehlung der Rheumatologin Dr. N._____, hätten die Gutachter keine spezifischen rheumatologischen Abklärungen vorgenommen (act. 16 S. 6).

Auch diese Einwendung der Beschwerdeführerin dringt nicht durch. Zwar hatte die Beschwerdegegnerin eine rheumatologische Begutachtung angeordnet (IV-act. 96), jedoch besteht gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung im Rahmen von polydisziplinären Begutachtungen keine absolute Bindung an die von der IV-Stelle gewählten Fachdisziplinen. Mithin steht es den Gutachtern frei, die von der IV-Stelle bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3). Dies ist vorliegend geschehen, teilten die Experten der MEDAS der Beschwerdegegnerin am 20. Juni 2019 ihre Absicht mit, anstelle einer rheumatologischen eine chirurgisch-orthopädische Untersuchung durchzuführen (IV-act. 101). An der Erstellung des Gutachtens war ausserdem neben der Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates auch ein Facharzt für Innere Medizin beteiligt. Ihre Fachkompetenz erstreckt sich damit auch auf rheumatologische Leiden, zumal Gegenstand der Rheumatologie – als Teildisziplin der Inneren Medizin – (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates sind, was u.a. auch auf die Orthopädie zutrifft (vgl. dazu BGer 9C_203/2010 vom 21. September 2010 E. 4.1). Ausserdem wurde (wiederum entsprechend der Empfehlung von Dr. N._____ im Bericht vom 10. Januar 2019; IV-act. 87) ein Facharzt für Psychiatrie beigezogen. Unter diesen Umständen und mit Blick auf die Aktenlage sowie die Ergebnisse der Begutachtung, anhand derer keine spezifisch rheumatologische Fragestellung erkennbar ist, vermag dieser Austausch der Disziplinen die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens keineswegs zu schwächen, sondern eher zu stärken, zumal auch die nachfolgenden Abklärungen der Schulter- und Rückenbeschwerden von Orthopäden der Kantonsspitale F._____ und M._____ vorgenommen wurden (E. 5.4–5.5).

7.3 Weiter rügt die Beschwerdeführerin, dass entgegen der Empfehlung der Ärzte der Klinik D._____ das Vorliegen einer ADHS nicht abgeklärt worden sei (act. 16 S. 6). Dieser Rüge kann nicht gefolgt werden. In Kenntnis der in der Klinik D._____ geäusserten Empfehlung (vgl. IV-act. 112/19, 112/73, 112/75, 112/82 und 112/85; ferner IV-act. 91) befasste sich die neuropsychologische Gutachterin der MEDAS bei der Beurteilung der Ätiologie der beobachteten Auffälligkeiten mit dem Verdacht eines ADHS und kam zum Schluss, dass dieser aufgrund der nicht validen Testergebnisse weder

widerlegbar noch belegbar sei (IV-act. 112/83–84). Darüber hinaus steht die Beschwerdeführerin seit April 2017 bei med. pract. G. _____ in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Ausserdem war sie 2017/2018 insgesamt mehrere Monate in der Klinik E. _____, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, hospitalisiert. Mit keinem Wort erwähnen die behandelnden Ärzte in ihren Stellungnahmen ein ADHS (vgl. die Berichte der Klinik E. _____ vom 9. November 2017 und 29. Januar 2018 [IV-act. 42 und 47] sowie die Berichte von med. pract. G. _____ vom 28. Februar, 17. Juli und 17. Dezember 2018 [IV-act. 48,63 und 81]).

Unter diesen Umständen ist die Verwerfung dieser Diagnose im MEDAS-Gutachten vom 6. Februar 2020 nachvollziehbar.

7.4 Schliesslich macht die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die echtzeitlichen medizinischen Berichte eine psychisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geltend (act. 16 S. 7). Psychisch begründete Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit wurden von den Gutachtern der MEDAS in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung für die Dauer der Hospitalisationen durchaus anerkannt (IV-act. 112/12), was vom Regionalen Ärztlichen Dienst in der Stellungnahme vom 13. Februar 2020 (IV-act. 115) entsprechend klargestellt wurde.

Auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Psychiaterin med. pract. G. _____ (vgl. die Berichte vom 28. Februar, 17. Juli und 17. Dezember 2018 [IV-act. 48, 63 und 81]; ferner die ärztlichen Zeugnisse vom 4. und 25. April, 4. Juli, 26. September, 3. und 29. Oktober 2018 [IV-act. 120/1, 120/2, 120/5, 120/6, 120/7, 120/8]) konnten die Gutachter dagegen aufgrund der fehlenden Differenzierung zwischen subjektiv angegebenen Beschwerden und objektiv erhobenen Befunden nicht abstellen (IV-act. 112/7). Nicht zuletzt ist vor diesem Hintergrund 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 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; 8C_871/2018 vom 25. März 2019 E. 4.4). Solche Aspekte sind hinsichtlich des MEDAS-Gutachtens vom 6. Februar 2020 nicht auszumachen.

7.5 Insgesamt entspricht das MEDAS-Gutachten vom 6. Februar 2020 den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E. 3.7). 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 einer eingehenden psychiatrischen Untersuchung. Die Gutachter schilderten ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit sowie mit dem auffälligen Verhalten der Explorandin auseinander. Auf das Administrativgutachten darf somit abgestellt werden.

7.6 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab Oktober 2016 in der angestammten Tätigkeit zunächst aus somatischen Gründen zu 50 % und ab August 2017 für die Dauer der Hospitalisationen in der Klinik E. _____ aus psychischen Gründen zu 100 % arbeitsunfähig war. In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit war sie ab der Klinikentlassung im Januar 2018 zunächst zu 80 % arbeitsfähig und ab Juli 2018 infolge der Fussfraktur wieder zu 100 % arbeitsunfähig. Die Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in angepasster Tätigkeit setzte die Beschwerdegegnerin zugunsten der Beschwerdeführerin erst auf die Entlassung aus der stationären Rehabilitation in der Klinik D. _____ im März 2019 fest (BF-act. 1 S. 6), was angesichts der vorliegenden Akten nicht zu beanstanden ist.

8.

8.1

8.1.1 Aufgrund der Wiederanmeldung im April 2017 ist der frühestmögliche Beginn einer allfälligen Invalidenrente sechs Monate danach, somit auf den 1. Oktober 2017 anzusetzen (Art. 29 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 3 IVG). In den vorangegangenen zwölf Monaten (vgl. dazu Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) war die Beschwerdeführerin zwischen 50 % und 100 % arbeitsunfähig. Im Oktober 2017 war sie bis und mit Januar 2018 erwerbsunfähig, weshalb ihr Anspruch auf eine ganze Invalidenrente vom 1. Oktober 2017 bis 31. März 2018 ausgewiesen ist (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

8.1.2 Infolge der Erwerbsunfähigkeit in den Monaten Juli 2018 bis und mit März 2019 ist sodann der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente vom 1. Juli 2018 bis 31. Mai 2019 ebenfalls ausgewiesen (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

8.2 Für die Bestimmung des Rentenanspruchs vom 1. April bis 30. Juni 2018 und dann wiederum ab 1. Juni 2019 ist bei einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 80 % ein Einkommensvergleich durchzuführen (vgl. E. 3.5).

8.2.1 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 und E. 4.2; 128 V 174; BGer 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.1; 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3).

8.2.2 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).

Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen ausgehend vom dem im Jahr 2017 erzielten Lohn (Fr. 59'215.–; IV-act. 29/2) und unter Anpassung an den Nominallohnindex für das Jahr 2018 auf Fr. 59'496.– fest und für das Jahr 2019 auf Fr. 59'890.– (BF-act. 1 S. 6; IV-act. 118/1 und 118/3). Dieses Vorgehen ist angemessen. Insbesondere berücksichtigt es die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin ihre langjährige Stelle als Charcuterie-Verkäuferin aus rein gesundheitlichen Gründen – per 31. Dezember 2018 – verloren hat (vgl. Kündigungsschreiben vom 20. November 2018; IV-act. 75), weshalb davon auszugehen ist, dass sie im Gesundheitsfall die angestammte Tätigkeit weiterhin ausgeübt hätte. Auf die Rüge der Beschwerdeführerin, das

Valideneinkommen sei zu tief (act. 16 S. 7), ist mangels einer substantiierten Begründung nicht weiter einzugehen.

8.2.3 Für die Ermittlung des Invalideneinkommens ging die Beschwerdegegnerin unter Annahme einer 80%igen Arbeitsfähigkeit von den Daten der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016, Privater Sektor, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen, aus (BF-act. 1 S. 6; IV-act. 118/1 und 118/3).

Dagegen wendet die Beschwerdeführerin zu Recht ein, es sei die am 21. April 2020 – somit vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 24. Juni 2020 – veröffentlichte LSE 2018 anwendbar (act. 16 S. 7), denn rechtsprechungsgemäss sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen zu verwenden (BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.; 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4; 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2). Demgegenüber kann der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie die Anwendung des allgemeinen Wertes für den Sektor 3, Kompetenzniveau 1, verlangt (act. 16 S. 7). Da der Beschwerdeführerin leidensangepasste Tätigkeiten auch ausserhalb des Dienstleistungssektors offenstehen, so z.B. im allgemein besser entlöhnten Sektor 2, rechtfertigt es sich nicht von dem in der Regel angewandten Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level abzuweichen (vgl. zur Publikation vorgesehene Urteil BGer 8C_256/2021 vom 9. März 2022 E. 6.2 mit zahlreichen Hinweisen). Es ist demzufolge vom statistischen Durchschnittslohn (Zentralwert) der mit einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) beschäftigten Frauen im privaten Sektor gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2018 auszugehen. Dieser hat im Jahre 2018 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 4'371.– betragen (inkl. 13. Monatslohn). Auf der Basis der 2018 wie auch 2019 betriebsüblichen 41,7 Wochenstunden (vgl. Arbeitsmarktindikatoren 2021, Hrsg. Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2021, Tabelle TA2.1, S. 72) ergibt sich für das Jahr 2018 bei einem zumutbaren Arbeitspensum von 80 % rund Fr. 43'745.– ($4'371.- / 40 \times 41.7 \times 12 \times 80 \%$) und – bereinigt um die Nominallohntwicklung – für das Jahr 2019 rund Fr. 44'177.– ($43'745.- / 2'732 \times 2'759$).

8.2.4 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität

oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (vgl. wiederum zur Publikation vorgesehene BGer 8C_256/2021 vom 9. März 2022 E. 6.3 mit zahlreichen Hinweisen). Selbst bei Vornahme des von der Beschwerdeführerin angestrebten – und in dieser Höhe aufgrund der konkreten Umstände kaum gerechtfertigten – leidensbedingten Abzuges von 15 % (act. 16 S. 7) würde sich kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad ergeben. Denn für das Jahr 2018 würde dem Valideneinkommen von Fr. 59'496.– ein Invalideneinkommen von Fr. 37'183.– (Fr. 43'745.– x 85 %) gegenüberstehen, woraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'313.– (Fr. 59'496.– - Fr. 37'183.–) bzw. ein weiterhin rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 38 % (Fr. 22'313.– / Fr. 59'496.– x 100) resultieren würde. Gleiches gilt für das Jahr 2019, wo dem Valideneinkommen von Fr. 59'890.– ein Invalideneinkommen von Fr. 37'550.– (Fr. 44'177.– x 85 %) gegenüberstehen würde, woraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 22'340.– (Fr. 59'890.– - Fr. 37'550.–) bzw. ein Invaliditätsgrad von 37 % (Fr. 22'340.– / Fr. 59'890.– x 100) resultieren würde.

8.3 Die Verfügung vom 24. Juni 2020 ist demzufolge im Ergebnis nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

9. 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 bei diesem Verfahrensausgang nicht zuzusprechen.

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, 2. Mai 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am