



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Gisela Bedognetti-Roth, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und Dr. iur. Matthias Suter
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 4. Oktober 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 93

A. Die 1966 geborene und zuletzt als Anwaltsassistentin in einem Pensum von 80 % tätige Versicherte meldete sich am 18. April 2017 unter Hinweis auf eine am 24. Februar 2016 durchgeführte Bauchoperation erstmals bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 11). Die IV-Stelle holte daraufhin bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein und legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor. Vom 27. August 2018 bis 26. Februar 2019 fand schliesslich ein Belastbarkeitstraining beim Verein C. _____ statt. Nachdem sich im Rahmen des Belastbarkeitstrainings die Frage nach Leistungsfähigkeit und Pensum nicht schlüssig beantworten liess (vgl. IV-act. 77 S. 3) und der dringende Verdacht auf Symptomausweitung im Raum stand (vgl. IV-act. 79), gab die IV-Stelle eine polydisziplinäre Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie) in Auftrag (IV-act. 85). Das Gutachten des BEGAZ Begutachtungszentrums BL (nachfolgend BEGAZ) datiert vom 3. Oktober 2019 (IV-act. 101). Gestützt darauf sah die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 10. Dezember 2019 die Zusprache einer befristeten Viertelsrente vom 1. Oktober 2017 bis 30. November 2018 vor. Was die Statusfrage anbelangte, ging die IV-Stelle von einer Teilerwerbstätigkeit der Versicherten im Gesundheitsfall aus (IV-act. 109). Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (IV-act. 117), wurden die Gutachter mit den im Einwand vorgebrachten Kritikpunkten konfrontiert (IV-act. 122). Mit Stellungnahme vom 26. März 2020 hielten die Gutachter an ihrer Einschätzung fest (IV-act. 125). Daraufhin sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 6. Juli 2020 eine befristete halbe Rente vom 1. Oktober 2017 bis 30. November 2018 zu, wobei sie den Status im Gesundheitsfall von teil- auf vollerwerbstätig änderte (IV-act. 128 und 142).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 4. August 2020 liess A. _____ beantragen, die Verfügung vom 6. Juli 2020 sei aufzuheben und es sei ihr eine Rente bei einer Invalidität von mindestens 65 % zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle. Zur Begründung stellte sich die Beschwerdeführerin im Wesentlichen auf den Standpunkt, das Gutachten des BEGAZ sei aufgrund fehlender Gutachterqualifikation, mangelhafter neurologischer Abklärung und Nichtberücksichtigung der Erkenntnisse der beruflichen Abklärung nicht schlüssig, weshalb darauf nicht abgestellt werden könne. Folglich sei von der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Vereins C. _____ – vier Stunden an vier Tagen pro Woche, was einer Arbeitsfähigkeit von 38,36 % entspreche – auszugehen. Unter Mitberücksichtigung eines angemessenen Leidensabzugs von mindestens 10 % liege eine Invalidität von mindestens 65 % vor (act. 1).

C. Der mit Verfügung vom 5. August 2020 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde von der Beschwerdeführerin fristgerecht bezahlt (act. 2 f.).

D. Mit Vernehmlassung vom 3. September 2020 beantragte die IV-Stelle Zug die vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

E. Im Rahmen des weiteren Schriftenwechsels hielten die Parteien an ihren jeweiligen Anträgen fest (act. 7, 9, 11 und 13). Auf den Inhalt der Eingaben wird – soweit notwendig – erwägungsweise einzugehen sein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (in casu: 6. Juli 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 4. August 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 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 des Bundesgesetzes über

die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – fraglos gegeben. Die IV-Stelle erliess die strittige Verfügung am 6. Juli 2020. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 4. August 2020 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist ist somit eingehalten. Die Beschwerdeführerin ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und 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 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbstätigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Bei einer Invalidität von 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe, ab 60 % auf eine Dreiviertels- und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

3.2 Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (BGer 8C_768/2009 vom 1. Februar 2010 E. 3.1.1 mit Hinweis auf BGE 128 V 29 E. 1). Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; BGer 8C_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

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 (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) 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. 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 geregelter Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (EVG I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

3.4 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung

von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit.

3.5 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). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc mit weiteren Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung hat es mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung aber als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen. So ist namentlich den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Demgegenüber darf und soll der Richter in Bezug auf Berichte von Hausärzten – wie auch von behandelnden Fachärzten (EVG I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4) – der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund der Verschiedenheit von Expertise und Therapie grundsätzlich mit

Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt, den behandelnden Spezialarzt und namentlich für den therapeutischen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten, welcher die geklagten Beschwerden als Faktum hinzunehmen hat (BGer 9C_420/2008 vom 23. September 2008 E. 3 mit Hinweisen). Immerhin verpflichtet aber jede substantiiert vorgetragene Einwendung den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend zu prüfen, ob sie in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen eines vom Gericht oder von der Verwaltung förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (vgl. zum Ganzen BGE 125 V 351 E. 3 mit zahlreichen Hinweisen).

4. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Am 24. Februar 2016 musste sich die Versicherte in Folge eines polyzystischen Adnextumors links einer komplexen Bauchoperation (Laparotomie, Adhäsiole, Appendektomie, Adnexektomie links) unterziehen (IV-act. 15 S. 25). Nach postoperativer Rehabilitation ging es der Versicherten einigermaßen gut, sodass sie ihre angestammte Tätigkeit als Anwaltssekretärin wieder aufnehmen konnte. Im Verlauf klagte sie jedoch über zunehmende Schmerzen über der linken Gesässhälfte, weiter entlang der hinteren Seite des Oberschenkels bis in die Wade ziehend. Es folgte vom 11. bis 20. Oktober 2016 eine stationäre Behandlung in der Klinik D. _____ in E. _____ (IV-act. 7 S. 4 f.). Seither persistierten die Schmerzen und der Versicherten wurde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 7 S. 8; siehe zur gesundheitlichen Situation auch die Ausführungen der Versicherten beim Erstgespräch vom 21. März 2017 [IV-act. 9 S. 1]). Bei chronischen Schmerzen im Abdomenbereich erfolgte am 7. März 2018 eine weitere Operation (laparoskopische Adhäsiole, diagnostische Laparoskopie und offene Leistenhernienplastik). Der postoperative Verlauf gestaltete sich unauffällig (IV-act. 43). Im Anschluss daran folgte ein stationärer Aufenthalt in der Klinik F. _____ (16. März bis 26. April 2018), währenddessen sowohl der somatische als auch der psychische Gesundheitszustand stabilisiert werden konnte (IV-act. 41). Bei einem Standortgespräch mit der Versicherten am 22. Juni 2018 wurde aufgrund der deutlich verbesserten Schmerzsymptomatik im Abdomen- und Lumbalbereich sowie eindeutig vorhandener Bereitschaft zur beruflichen Wiedereingliederung die Durchführung einer Integrationsmassnahme als sinnvoll und empfehlenswert erachtet (IV-act. 48).

4.2 Um die Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit der Versicherten zu erproben und schrittweise wiederherzustellen, wurde ab dem 27. August 2018 ein Belastbarkeitstraining beim Verein C. _____ durchgeführt. Dabei wurde die Versicherte im kaufmännischen Bereich eingesetzt. Sie erledigte allgemeine Bürotätigkeiten und arbeitete im Einkauf sowie Verkauf (IV-act. 58). Nachdem das Zielpensum (vier Stunden an vier Tagen pro Woche) in den ersten sechs Wochen nicht erreicht werden konnte (IV-act. 62), wurde die Massnahme am 16. Oktober 2018 um drei Monate verlängert (IV-act. 64). Zum Ende der Massnahme per 26. Februar 2019 verfassten die Eingliederungsberater einen Abschlussbericht. Diesem kann entnommen werden, dass das vereinbarte Ziel einer Arbeitstätigkeit von vier Stunden an vier Tagen pro Woche aufgrund vieler Absenzen nur an vereinzelt Tagen erreicht worden sei. Eine Integration im ersten Arbeitsmarkt sei nur bedingt möglich. In diesem Zusammenhang wurde darauf hingewiesen, dass sich die Versicherte selber unter Druck gesetzt habe. Unter emotionalem Stress und durch ihre Schmerzsituation sei sie nur bedingt in der Lage gewesen, eine gleichmässige hohe Leistung in Qualität und Quantität abzurufen. Gleichzeitig wurde angemerkt, dass ihre Schmerzen zum Teil so stark gewesen seien, dass sie sich vor der Heimreise für ca. eine Stunde habe hinlegen müssen. Die Eingliederungsberater kamen zum Schluss, dass sie keine verbindliche Empfehlung der momentanen Leistungsfähigkeit und des erforderlichen Rahmens formulieren könnten. Das Arbeitstempo der Versicherten habe sich mit der Tagespräsenzzeit verlangsamt und die Konzentration habe kontinuierlich abgebaut. Gestützt auf die Beobachtungen und aufgrund der antrainierten Strategien der Versicherten (nutzen von Kurzpausen, Wechselbelastung von sitzend zu stehend und etwaigen Arbeitsplatzanpassungen) lasse sich die Frage nach Leistungsfähigkeit und Pensum nicht schlüssig beantworten. Deshalb konnten die Eingliederungsberater keine verbindliche und konkrete Aussage über die Leistungsfähigkeit innerhalb des ersten Arbeitsmarktes formulieren (IV-act. 77). Daraufhin wurde die Unterstützung durch die Eingliederungsberatung abgeschlossen (IV-act. 78 S. 15).

4.3 Mit Stellungnahme vom 3. Mai 2019 merkte RAD-Ärztin G. _____, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation, an, es sei aus versicherungsmedizinischer Sicht gar nicht nachvollziehbar, dass das Zielpensum trotz prolongierten sechsmonatigen Belastbarkeitstrainings nicht habe erreicht werden können. Sie äusserte den dringenden Verdacht einer Symptomausweitung. Da die persistierende, nicht überwindbare (?) Schmerzsymptomatik ihrer Auffassung nach mittels polydisziplinären MEDAS-Gutachtens mit Symptomvalidierung ausführlich abgeklärt werden sollte (IV-act. 79), veranlasste die IV-Stelle in der Folge eine entsprechende Begutachtung (IV-act. 82).

4.4 Zwischen dem 30. Juli und dem 26. August 2019 wurde die Versicherte in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie begutachtet. Das entsprechende Gutachten erstattete das BEGAZ am 3. Oktober 2019. Dabei wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein gemischtes Schmerzsyndrom des Abdomens und des unteren Rückenbereichs, mit Generalisierungstendenz, zeitweise mit Ausstrahlung und Parästhesien im linken Bein mehr als im rechten, genannt. Demgegenüber wurden die Diagnosen eines lumbospondylogenen Syndroms bei geringen degenerativen LWS-Veränderungen, eines Status nach Schulterkontusion links nach Sturz im Jahr 2017 und eines Verdachts auf episodischen Spannungskopfschmerz als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft. Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anbelangt, stellten sich die Sachverständigen auf den Standpunkt, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei unter gesamtmedizinischen Gesichtspunkten angepasst. Diesbezüglich könne der Versicherten eine Einschränkung von 25 % bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitspensum attestiert werden. Dabei würden ein erhöhter Pausenbedarf und die vorzeitige Ermüdung berücksichtigt. Diese Einschätzung gelte ab dem 1. Oktober 2018 (sechs Monate postoperativ). Retrospektiv wurde aus neurologischer Sicht ab dem 9. Februar 2016 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen (IV-act. 101).

4.5 Am 10. Oktober 2019 nahm der neu zuständige RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, zum polydisziplinären Gutachten Stellung und kam zum Schluss, dass dieses der IV-Stelle als Entscheid-Grundlage empfohlen werden könne (IV-act. 104).

4.6 Zusammen mit dem Einwand vom 7. Januar 2020 reichte die Versicherte eine Stellungnahme von Dr. med. I._____, Vertrauensarzt SGV und ehemaliger Leiter des RAD J._____, vom 15. Dezember 2019 zum Gutachten des BEGAZ ein. Darin führte Dr. I._____ aus, die Einschätzung der Gutachter, wonach das Belastbarkeitstraining zu keiner schlüssigen Aussage geführt habe, sei nicht nachvollziehbar. Aus dem Bericht des Belastbarkeitstrainings vom 26. Februar 2019 [recte: 5. März 2019] gehe schlüssig und nachvollziehbar hervor, dass gesundheitliche Beschwerden zu starken Leistungsschwankungen geführt hätten. Dies sei in Kenntnis der medizinischen Vorgeschichte mühelos nachvollziehbar. Warum dann diese Erkenntnisse, die eine maximale Leistungsfähigkeit von 40 % eines Vollzeitpensums als maximale Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar auswiesen, keinen Eingang in das MEDAS-Gutachten

gefunden hätten, sei unverständlich. Wie das Gutachten vor dem Hintergrund einer maximal 40%igen Leistung in dem halbjährigen Training zu einer theoretischen Arbeitsfähigkeit von 75 % komme, werde nicht nachvollziehbar dargelegt (IV-act. 117 S. 12 f. und Bf-act. 2).

4.7 Mit Schreiben vom 17. Februar 2020 konfrontierte die IV-Stelle die Gutachterstelle BEGAZ mit den im Einwand vorgebrachten Kritikpunkten (IV-act. 122). Am 26. März 2020 teilte das BEGAZ mit, dass sie an ihrer Einschätzung festhalte. Die Sachverständigen wiesen darauf hin, Dr. K._____ habe im Rahmen des neurologischen Fachgutachtens ausführlich dargelegt, dass im Rahmen des gemischten Schmerzsyndroms mit organischen und nicht organischen Faktoren eine nozizeptive und eine im Verlauf regrediente neuropathische Schmerzkomponente bestehe. Diese Einschätzung decke sich auch mit der Aktenlage. Die im Rahmen der Behandlung involvierte Neurologin Dr. M._____ habe neben dem organischen Beschwerdekern auch eine gewisse schmerzbedingte Symptomausweitung konstatiert. Die zugezogenen Prof. L._____ und Prof. N._____ hätten keine Hinweise für eine lumboradikuläre Problematik gefunden. Im Schweizerischen Paraplegikerzentrum O._____ seien die Diagnosen eines postoperativen Unterbauchschmerzes mit ausgeprägten sensorischen positiv Phänomenen ventral und dorsal sowie eines neurologisch nicht zuordenbaren sensiblen Hemisyndroms des linken unteren Quadranten sowie eines nozizeptiv myofaszialen Gesässschmerzes mit Ausstrahlung in das linke Bein und einen nozizeptiven Leistenschmerz gestellt worden. Diagnostisch sei im Paraplegikerzentrum von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ausgegangen worden. Es seien Zweifel an der vorgenannten Diagnose einer Plexus-Lumbalis-Neuropathie geäussert worden. Die ausgedehnte Schmerzsymptomatik mit Ausdehnung auch bis in den oberen Rücken und zum Schulterblatt beidseits sei als neurologisch nicht zuordenbar beurteilt und eher von einem nozizeptiven Schmerz ausgegangen worden. Die neurologische Aktenlage sei durch Dr. K._____ eingehend und umfangreich berücksichtigt worden, sie decke sich auch mit der fachlichen Einschätzung durch Dr. K._____. Im Fachgutachten sei bezüglich Konsistenz festgehalten worden, dass das Verhalten der Explorandin im Begutachtungstext kooperativ gewesen sei und sich keine Zeichen einer Aggravation gefunden hätten. Als inkonsistent sei das präsentierte sensomotorische Defizit der linken unteren und auch oberen Extremität zu nennen gewesen, welches sich keinem neurogenen Muster habe zuordnen lassen und auch nicht mit entsprechenden Muskelatrophien einhergegangen sei. Ebenfalls inkonsistent sei die bei der Untersuchung aufgefallene ausgeprägte Empfindlichkeit bereits auf leichte Druck-

und Berührungsreize gewesen. Diese Aspekte hätten auf eine nicht organische Beschwerdeüberlagerung verwiesen. Mit neurologischen Faktoren (im Verlauf regrediente neuropathische Schmerzkomponente) habe Dr. K. _____ eine generelle Leistungsreduktion im Bereich von 25 % begründet. Aus rein fachchirurgischer Sicht sei keine zusätzliche Einschränkung zu attestieren. Die Einschränkung von 25 % aus neurologischer Sicht berücksichtige die geklagten Beschwerden aus rein chirurgischer Sicht gebührend, zumal nicht eine isolierte persistierende chirurgische Problematik bestehe. Wie dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen sei, seien keine klaren Hinweise dafür gefunden worden, dass die Beschwerden durch den psychischen Zustand primär wesentlich beeinträchtigt wären. Natürlich stelle sich bei ungenügenden somatischen Erklärungsmodellen die Frage nach psychischen Faktoren, die aber sowohl von ihnen, den Sachverständigen, als auch schon in der Vergangenheit durch das Sanatorium P. _____ als nicht ursächlich entscheidend eingestuft worden seien. Die sekundären Verstimmungen würden ebenfalls nicht ausreichen und seien als normalpsychologische Reaktion im Rahmen der Belastung einzustufen. Weiter wiesen die Sachverständigen darauf hin, dass der Abschlussbericht betreffend Belastbarkeitstraining im neurologischen Teilgutachten eingehend in die Überlegungen mit einbezogen worden sei. Doktor I. _____ klammere aus, dass im Abschlussbericht keine verbindliche und konkrete Aussage über die Leistungsfähigkeit innerhalb des ersten Arbeitsmarktes habe formuliert werden können und sich die Frage nach einer Steigerung der Leistungsfähigkeit nicht schlüssig beantworten liesse. Was schliesslich die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (50 % ab 9. Februar 2016 bis 7. März 2018) anbelange, unterschlage Dr. I. _____ grosszügig den im gleichen Abschnitt genannten Bezug auf die durchgeführten Operationen (IV-act. 125).

4.8 Am 28. Juli 2020 nahm Dr. I. _____ nochmals Stellung zum BEGAZ-Gutachten. Doktor I. _____ blieb dabei, dass die Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 75 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht nachvollzogen werden könne. Dies sei eine unbegründete Schätzung ohne dargelegte Grundlage basierend auf einem mangelhaften Gutachten mit basalen Mängeln im entscheidenden Teilbereich der Neurologie (Bf-act. 5).

5. Die Beschwerdegegnerin stellt in der Beurteilung des Leistungsbegehrens auf das Gutachten des BEGAZ vom 3. Oktober 2019 (IV-act. 101) ab, wonach in der angestammten Tätigkeit als Anwaltsassistentin, die zugleich auch einer körperlich angepassten Tätigkeit entspreche, seit dem 9. Februar 2016 eine 50%ige

Arbeitsunfähigkeit bestehe und ab dem 1. Oktober 2018 (sechs Monate postoperativ) von einer Arbeitsunfähigkeit von 25 % auszugehen sei. Wie unter Erwägung 3.5 ausgeführt, ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen.

5.1 Das MEDAS-Gutachten ist umfassend, basiert auf Kenntnis der Vorakten und beruht auf einer eingehenden internistischen, orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen und chirurgischen Abklärung. Zudem enthält das Gutachten anamnestische Angaben, es berücksichtigt die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden und vermittelt ein vollständiges Bild ihres Gesundheitszustandes. Die Schlussfolgerungen sind zudem begründet, einleuchtend und nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt damit grundsätzlich voller Beweiswert zu. Im Folgenden bleibt zu prüfen, ob die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen und Einwendungen gegen das Gutachten stichhaltig sind und an dessen Beweiswert etwas zu ändern vermögen.

5.1.1 Soweit die Beschwerdeführerin die Auffassung vertritt, auf das Gutachten könne bereits in formeller Hinsicht nicht abgestellt werden, da die chirurgische Beurteilung nicht von einem fachlich ausgewiesenen Viszeralchirurgen stamme, ist ihr insofern Recht zu geben, dass die fachliche Qualifikation des Experten für die richterliche Würdigung einer Expertise eine erhebliche Rolle spielt. Bezüglich der medizinischen Stichhaltigkeit eines Gutachtens müssen sich Verwaltung und Gerichte auf die Fachkenntnisse des Experten verlassen können. Deshalb ist für die Eignung eines Arztes als Gutachter in einer bestimmten medizinischen Disziplin ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel des berichtenden oder zumindest des den Bericht visierenden Arztes vorausgesetzt (BGer I 142/07 vom 20. November 2007 E. 3.2.3). Vorliegend wurde eine polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben, wobei eine der verlangten Disziplinen die Chirurgie war. Die chirurgische Begutachtung wurde dabei durch Dr. med. Q. _____ durchgeführt, der Facharzt FMH für Chirurgie ist. Zusätzlich verfügt Dr. Q. _____ über einen Schwerpunkttitel in Allgemein Chirurgie und Traumatologie (vgl. <https://www.medregom.admin.ch>; zuletzt besucht am 26. August 2021). Wie RAD-Arzt Dr. H. _____ mit Stellungnahme vom 13. Februar 2020 (IV-act. 121) zutreffend darauf hingewiesen hat, umfasst der Schwerpunkt Allgemein Chirurgie

und Traumatologie als Kernkompetenz die Akut Chirurgie (Notfallchirurgie) von häufigen Erkrankungen und Verletzungen aller Organsysteme (vgl. Anhang I zum FMH-Weiterbildungsprogramm, Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie [https://www.siwf.ch/files/pdf19/act_version_internet_d.pdf; zuletzt besucht am 26. August 2021]). Angesichts dessen darf davon ausgegangen werden, dass dem Sachverständigen im Rahmen der genannten Weiterbildung auch Grundzüge eines chirurgischen Baueingriffs vermittelt wurden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin wurde die Weiterbildung im Bereich der Allgemeinchirurgie und Traumatologie denn auch nicht bereits im Jahr 1986 – in diesem Jahr erwarb Dr. Q. _____ vielmehr den Facharztstitel für Chirurgie –, sondern erst im Jahr 2005 abgeschlossen. Die Weiterbildung liegt demnach nicht so weit zurück, wie dies die Beschwerdeführerin mit ihrer Aussage zu suggerieren versucht. Darüber hinaus kann die Beschwerdeführerin auch aus dem von ihr zitierten Urteil des EVG (I 779/01 vom 16. Oktober 2002) nichts zu ihren Gunsten ableiten, ging es dort doch um eine Wirbelsäulenproblematik, die von einem Facharzt FMH für Chirurgie und nicht wie notwendig von einem Orthopäden beurteilt wurde. Mit dem vorliegenden Sachverhalt ist der genannte Fall daher nicht vergleichbar, geht es doch bei der seitens der Beschwerdeführerin geforderten Viszeralchirurgie lediglich um eine Spezialisierung der Chirurgie. Nach dem soeben Dargelegten ist somit nicht ersichtlich, inwiefern der Sachverständige – auch wenn er unbestrittenermassen keinen Weiterbildungstitel der Viszeralchirurgie hat – nicht über die notwendige fachliche Qualifikation und Erfahrung verfügen sollte, um die Beschwerden der Beschwerdeführerin nach komplexen Bauchoperationen zu beurteilen. Es kann in diesem Zusammenhang auch auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. H. _____ vom 13. Februar 2020 verwiesen werden, der die fachliche Qualifikation von Dr. Q. _____ ebenfalls als ausgewiesen erachtet (vgl. IV-act. 121). Im Übrigen darf nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Beschwerdeführerin sowohl seitens der IV-Stelle als auch seitens der MEDAS vor Durchführung der Begutachtung über die Person von Dr. Q. _____ als chirurgischer Sachverständiger informiert wurde, ohne dass sie daraufhin Vorbehalte oder Einwände dagegen vorgebracht hätte. Schliesslich ist anzumerken, dass die Beschwerdeführerin nicht aufzeigt, inwiefern das chirurgische Teilgutachten in materieller Hinsicht mangelhaft sein sollte. Die Qualität des chirurgischen Teilgutachtens wird zu guter Letzt auch von Dr. I. _____, dem beratenden Arzt der Beschwerdeführerin, nicht in Zweifel gezogen.

5.1.2 Zum Vorwurf der Beschwerdeführerin, die Gutachter hätten es unterlassen, die Erkenntnisse der Fachleute des Vereins C. _____ in ihre Beurteilung miteinzubeziehen, ist festzustellen, dass den Gutachtern die Ergebnisse des vom 27. August 2018 bis

26. Februar 2019 durchgeführten Belastbarkeitstrainings bekannt waren. Aktenkundig ist, dass die Beschwerdegegnerin der Gutachterstelle mit Gutachtensauftrag vom 5. Juni 2019 zusammen mit einer Fallzusammenfassung, in der explizit die Ergebnisse der Eingliederung erwähnt wurden (vgl. IV-act. 87 S. 9), sämtliche IV-Akten zur Verfügung gestellt hat (vgl. IV-act. 85). Darin befand sich unzweifelhaft auch der Abschlussbericht der Eingliederungsberater vom 5. März 2019 (IV-act. 77), wurde dieser doch in der durch die Gutachterstelle erstellten Aktenzusammenfassung aufgelistet (vgl. IV-act. 101 S. 39). Sowohl im Rahmen der Konsensbeurteilung als auch im neurologischen Teilgutachten wurden denn auch Angaben zum durchgeführten Belastbarkeitstraining gemacht (vgl. IV-act. 101 S. 31, 87, 93 und 103). Dabei wurden die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung nicht nur korrekt wiedergegeben, sondern der neurologische Teilgutachter Dr. med. K._____, FMH für Neurologie, hat sich mit den Erkenntnissen auch eingehend auseinandergesetzt (vgl. IV-act. 101 S. 103). Angesichts der Tatsache, dass die Eingliederungsberater keine verbindliche und konkrete Aussage über die Leistungsfähigkeit innerhalb des ersten Arbeitsmarktes machen konnten und sich die Frage nach einer Steigerung der Leistungsfähigkeit nicht schlüssig beantworten liess, kann der Einschätzung des Sachverständigen, wonach das Belastbarkeitstraining keine schlüssige Konklusion ergeben habe, gefolgt werden. Inwiefern diese Aussage, wie von Dr. I._____ kritisiert, nicht nachvollziehbar sein sollte, erschliesst sich dem Gericht jedenfalls nicht. Darüber hinaus merkte Dr. K._____ an, dass das Resultat einer erheblich eingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in diesem Ausmass nicht mit neurologischen Faktoren begründet werden könne. Entgegen der Auffassung von Dr. I._____ wurde das Ergebnis des Belastbarkeitstrainings daher sehr wohl in die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung miteinbezogen und ausreichend gewürdigt. Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit rechtsprechungsgemäss primär gestützt auf ärztliche Befunde zu den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und den daraus folgenden körperlich-funktionellen Belastbarkeitsgrenzen festzulegen ist (BGer 9C_187/2018 vom 18. Mai 2018 E. 3.2). Der unerwartet ungünstige und versicherungsmedizinisch nicht nachvollziehbare Verlauf der beruflichen Eingliederungsmassnahme gab vorliegend denn auch gerade Anlass dazu, eine polydisziplinäre Begutachtung in die Wege zu leiten (vgl. RAD-Stellungnahme vom 3. Mai 2019 [IV-act. 79]). Zu guter Letzt ist in diesem Zusammenhang auf das Schreiben des BEGAZ vom 26. März 2020 zu verweisen, mit welchem die Gutachterstelle zur soeben widerlegten Kritik von Dr. I._____ Stellung genommen hat (vgl. IV-act. 125 S. 5 insbesondere). Wie die IV-Stelle im Rahmen ihrer Vernehmlassung zutreffend festgestellt hat, ist davon auszugehen, dass Dr. I._____ diese Stellungnahme nicht zur Kenntnis genommen hat. In seiner darauffolgenden

Stellungnahme vom 28. Juli 2020 (Bf-act. 5) erwähnte er das Schreiben der Gutachterstelle vom 26. März 2020 jedenfalls mit keinem Wort und setzte sich damit dementsprechend auch nicht auseinander. Vielmehr wiederholte er die seinerseits bereits am 15. Dezember 2019 geäußerte Kritik. Dabei scheint er zu verkennen, dass seine Kritik vom 15. Dezember 2019 für die IV-Stelle gerade Anlass dazu gegeben hat, bei der Gutachterstelle nachzufragen (vgl. IV-act. 122). Anders sind seine Ausführungen, wonach die IV-Stelle bei der Gutachterstelle gezielt Rückfragen hätte stellen müssen, um die Ungereimtheiten des Gutachtens auszuräumen, nicht erklärbar. Mit der Aktenlage stimmt dies jedenfalls nicht überein.

5.1.3 Was das neurologische Teilgutachten anbelangt, stellt sich die Beschwerdeführerin auf den Standpunkt, dieses könne infolge Mangelhaftigkeit nicht verwertet werden. Soweit die Beschwerdeführerin dies damit begründet, dass der neurologische Experte die in den medizinischen Akten belegte objektivierbare neurologische Verletzung nicht berücksichtigt habe, kann ihr nicht gefolgt werden. Wie sich unter Ziff. 7.1 des neurologischen Teilgutachtens zeigt (vgl. IV-act. 101 S. 99 ff.), hat sich Dr. K. _____ im Rahmen der Diagnoseherleitung eingehend mit der im Oktober 2016 durchgeführten neurologischen Abklärung (IV-act. 15 S. 15 ff.) von dipl. Ärztin M. _____, Fachärztin für Neurologie, auseinandergesetzt. Dabei hat er nicht nur zur Kenntnis genommen, dass Dr. M. _____ eine Schädigung des Plexus lumbalis links objektiviert und bestätigt hat, sondern er ist selbst davon ausgegangen, dass eine zeitweise vorhandene neuropathische Schmerzkomponente, am ehesten im Rahmen der von Dr. M. _____ diagnostizierten Plexus lumbalis-Neuropathie, vorhanden gewesen sei. Dass es zeitweise zu einer neuropathischen Beschwerdekomponekte bei Plexus lumbalis Läsion links gekommen ist, wird von Dr. K. _____ somit nicht bestritten. Im gleichen Zusammenhang hat Dr. K. _____ aber auch darauf hingewiesen, dass Dr. M. _____ neben dem organischen Beschwerdekern auch eine gewisse schmerzbedingte Symptomausweitung konstatiert habe und dass die zugezogenen Ärzte keine Hinweise für eine lumboradikuläre Problematik hätten finden können. Darüber hinaus hätten auch die Ärzte des Paraplegikerzentrums O. _____ die ausgedehnte Schmerzproblematik als neurologisch nicht zuordenbar beurteilt und seien eher von einem nozizeptiven Schmerz ausgegangen. Weiter wies Dr. K. _____ auf den Abdominaleingriff vom 7. März 2018 und die seit diesem letzten Eingriff verzeichnete partielle Besserung des Schmerzsyndroms hin, indem die elektrisierende Schmerzkomponente seither regredient sei. Angesichts dessen kam Dr. K. _____ zum Schluss, dass der neuropathische Beschwerdeanteil seit dem Eingriff vom 7. März 2018

gegenüber dem nozizeptiven Schmerzanteil weitgehend in den Hintergrund getreten sei. Die bei der aktuellen neurologischen Untersuchung präsentierten sensomotorischen Defizite konnte Dr. K. _____ keinem bestimmten neurogenen Substrat zuordnen. Neben dem Fehlen einer radikulären Reiz- und Ausfallsymptomatik konnte auch eine persistierende Plexus lumbalis-Neuropathie nicht mehr zwanglos festgestellt werden. Doktor K. _____ nahm eine verbleibende nozizeptive Schmerzkomponente an. Nach dem soeben Ausgeführten ist somit festzustellen, dass der neurologische Sachverständige ausführlich und nachvollziehbar dargelegt hat, weshalb im Rahmen des chronifizierten Schmerzsyndroms mit organischen und nicht organischen Faktoren eine nozizeptive und eine im Verlauf regrediente neuropathische Schmerzkomponente bestehe. Was daran nicht nachvollziehbar sein sollte, erschliesst sich dem Gericht nicht, zumal die neurologischen Vorakten durch Dr. K. _____ eingehend berücksichtigt und gewürdigt wurden. Mit der soeben dargelegten Problematik hat sich die Gutachterstelle im Übrigen auch noch einmal im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 26. März 2020 (IV-act. 125 S. 3 f. insbesondere) auseinandergesetzt und dabei völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass sich die Einschätzung von Dr. K. _____ mit der Aktenlage decke. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin leuchtet das neurologische Teilgutachten somit in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein.

Darüber hinaus kann die Beschwerdeführerin auch aus dem Umstand, dass Dr. K. _____ keine EMG-Abklärungen durchgeführt hat, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu (statt vieler: BGer 8C_831/2018 vom 23. Januar 2019 E. 3.2.5). Der Neurologe hatte Kenntnis von den elektromyografischen Vorbefunden und führte eine eingehende klinische Exploration durch. Dass Dr. K. _____ bei dieser Ausgangslage die Durchführung von erneuten EMG-Abklärungen als nicht erforderlich erachtete, ist für sich allein nicht geeignet, Zweifel an seiner fachärztlichen Beurteilung zu begründen, namentlich da die erfolgte einlässliche klinische Untersuchung für das Gutachten ohnehin die wichtigste Grundlage darstellt (statt vieler: BGer 9C_190/2019 vom 14. Mai 2019 E. 3.1). Für das Gericht bestehen jedenfalls keine Anhaltspunkte, dass weitere Untersuchungen angezeigt gewesen wären.

Schliesslich ist auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Mit neurologischen Faktoren begründete Dr. K. _____ eine generelle Leistungsreduktion im Bereich von 25 %. Aus rein fachchirurgischer Sicht ist keine zusätzliche Einschränkung

zu attestieren, da die neurologische Einschränkung von 25 % die geklagten Beschwerden aus rein chirurgischer Sicht bereits gebührend berücksichtigt (vgl. IV-act. 101 S. 103 f. sowie 32 und IV-act. 125 S. 4).

5.1.4 Gegen die anderen Teilgutachten wurden keine Einwände vorgebracht, sodass in internistischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht ohne weiteres auf die nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen der jeweiligen Sachverständigen abgestellt werden kann. Nachdem in internistischer, orthopädischer und psychiatrischer Hinsicht keine Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden konnten, ist diesbezüglich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

5.2 Nach dem soeben Dargelegten ist festzuhalten, dass sich die Vorbringen der Beschwerdeführerin insgesamt als nicht stichhaltig erwiesen haben, um die ausschlaggebende Beweiskraft des polydisziplinären MEDAS-Gutachtens in Frage zu stellen. Dementsprechend ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin das genannte Gutachten vom 3. Oktober 2019 als beweiskräftig angesehen und darauf abgestellt hat. Daraus folgt, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit ab dem 9. Februar 2016 als 50 % und ab dem 1. Oktober 2018 (sechs Monate postoperativ) als 25 % arbeitsunfähig zu gelten hat. Daran ändert zu guter Letzt auch der im vorliegenden Verfahren neu aufgelegte Bericht von Frauenärztin Dr. med. R. _____ vom 24. September 2020 (Bf-act. 11) nichts. Wie Dr. R. _____ selbst darauf hinweist, ist ihr die Beschwerdeführerin erst seit April 2020 bekannt, weshalb eine ausreichende Stellungnahme zum BEGAZ-Gutachten gemäss eigenen Aussagen nicht möglich ist. Damit ist der genannte Bericht aber nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens in Frage zu stellen.

6. Was die Ermittlung des Invaliditätsgrades anbelangt, ist nunmehr unbestritten, dass die gemischte Methode vorliegend nicht zur Anwendung gelangt, nachdem die Beschwerdegegnerin im Rahmen der angefochtenen Verfügung den Status der Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall von teil- auf vollerwerbstätigt geändert hat. Der ordentliche Einkommensvergleich erübrigt sich sodann, weil die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit weiterhin – wenn auch eingeschränkt – arbeitsfähig ist und daher für das Validen- und das Invalideneinkommen dieselbe Bemessungsgrundlage herangezogen werden darf. Völlig zu Recht hat die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad denn auch anhand des Prozentvergleichs ermittelt. Aufgrund dessen sind die tatsächlichen Einkommen nicht zu ermitteln, da der Arbeitsunfähigkeitsgrad dem

Invaliditätsgrad entspricht. Dementsprechend fällt auch die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs ausser Betracht, zumal die Einschränkungen ohnehin bereits bei der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind. Es resultiert somit ein Invaliditätsgrad von 50 % bzw. 25 %. Dementsprechend hat die Beschwerdeführerin ab Rentenbeginn im Oktober 2017 (vgl. zum Beginn des Anspruchs Art. 29 Abs. 1 IVG) bis zum 30. November 2018 (vgl. zum Doppelanspruch auf Taggeld und Rente sowie zu dessen Ende Art. 47 IVG) Anspruch auf eine halbe Rente. Nach Abschluss der Integrationsmassnahme per Februar 2019 besteht bei einem IV-Grad von 25 % (ab 1. Oktober 2018 25%ige Arbeitsunfähigkeit gemäss MEDAS-Gutachten) kein Rentenanspruch mehr. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine befristete halbe Rente vom 1. Oktober 2017 bis 30. November 2018 zugesprochen hat. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und sie ist abzuweisen.

7. Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung und/oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei überwiegend wahrscheinlich und weitere Beweismassnahmen könnten an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, kann auf die Abnahme weiterer Beweise in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 122 V 157 E. 1d).

Mit dem voll beweiskräftigen MEDAS-Gutachten ist der medizinische Sachverhalt umfassend geklärt und von einer weiteren Begutachtung der Beschwerdeführerin sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass der diesbezügliche Antrag auf Neubegutachtung in zulässiger Anwendung der antizipierten Beweiswürdigung abzuweisen ist. Schliesslich ist festzuhalten, dass der Beschwerdegegnerin auch keine Verletzung der Abklärungspflicht im Sinne von Art. 43 ATSG vorgehalten werden kann.

8. Dem Verfahrensausgang entsprechend sind die Kosten gestützt auf Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, wobei eine Spruchgebühr von Fr. 800.– dem angefallenen Verfahrensaufwand angemessen erscheint. Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht 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 Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 4. Oktober 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Die Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am