



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiberin: MLaw Andrea Henggeler

U R T E I L vom 22. Februar 2021 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(befristete Rente)

S 2020 99

A. Die 1976 geborene Versicherte, A. _____, war bei der AXA Versicherungen AG (im Folgenden AXA) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert, als ihr am 25. Oktober 2017 bei der Arbeit in der Abwaschküche ein Holzbrett auf den Fuss fiel und sie sich dabei eine Fraktur des linken Mittelfusses zuzog (IV-act. 3 S. 1). Neben den Unfallfolgen trat bei der Versicherten eine depressive Entwicklung auf. Die AXA anerkannte ihre Leistungspflicht und richtete die gesetzlichen Leistungen aus, die sie schliesslich jedoch per 17. April 2018 einstellte (IV-act. 13 S. 1). Am 12. April 2018 meldete sich die Versicherte sodann bei der IV-Stelle Zug zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Die IV-Stelle ihrerseits holte bei den behandelnden Ärzten aktuelle Berichte ein, zog die Akten der Unfall- sowie Krankentaggeldversicherung (Schweizerische Mobiliar Versicherungsgesellschaft AG) bei und legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor. Nachdem die Krankentaggeldversicherung gestützt auf das von ihr in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten für den Monat Mai 2019 noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit anerkannt hatte und ab 1. Juni 2019 von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen ist (IV-act. 21 S. 2 f.), sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 31. Oktober 2019 (IV-act. 34) bzw. Verfügung vom 27. Juli 2020 (IV-act. 50) eine befristete ganze Rente vom 1. November 2018 bis 31. Juli 2019 zu.

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 24. August 2020 beantragte A. _____ sinngemäss die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer unbefristeten Rente. Begründend führte die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf die eingereichten Arztberichte aus, eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes sei nicht ersichtlich. Vielmehr sei sie noch immer in ärztlicher Behandlung und leide an Schmerzen, weshalb sie weiterhin arbeitsunfähig sei.

C. Der mit Verfügung vom 25. August 2020 verlangte Kostenvorschuss von Fr. 800.– wurde von der Beschwerdeführerin fristgerecht bezahlt.

D. Mit Vernehmlassung vom 10. September 2020 beantragte die IV-Stelle Zug die Abweisung der Beschwerde. Begründend führte sie unter Verweis auf die eingeholte Stellungnahme ihres RAD-Arztes Dr. B. _____ aus, die leichtgradigen degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule wirkten sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus. Zudem sei der Vorwurf des Hausarztes, dass diverse Begutachtungen ohne Dolmetscher durchgeführt worden seien, aktenwidrig. Schliesslich sei nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführerin die ihr empfohlene Psychotherapie aufgrund der Distanz und der Überreizung nicht zumutbar sein solle.

E. Am 21. September 2020 reichte die Beschwerdeführerin einen Arztbericht ihres Hausarztes Dipl. med. C. _____ samt Röntgenbildern zu den Akten.

F. Mit Duplik vom 13. Oktober 2020 hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest und verwies im Wesentlichen auf ihre Ausführungen in der Vernehmlassung. Ergänzend dazu wies sie darauf hin, dass vorliegend derjenige Sachverhalt massgebend sei, der sich bis zur angefochtenen Verfügung vom 27. Juli 2020 ereignet habe. Indem die Beschwerdeführerin und Dipl. med. C. _____ darlegten, dass zusätzlich zu den bekannten Diagnosen "aktuell" die Diagnose einer anhaltenden Lumbago bei schwerer Skoliose und degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule hinzu komme, machten sie sinngemäss eine inzwischen eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend, was im vorliegenden Beschwerdeverfahren jedoch nicht berücksichtigt werden könne.

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: 27. 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. 83 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 24. 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 in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a 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 27. Juli 2020; diese ging der Beschwerdeführerin frühestens am Folgetag zu. In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 24. August 2020 der Post übergeben und ging tags darauf beim Verwaltungsgericht ein. Die gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG vorgesehene 30-tägige Beschwerdefrist wurde somit gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält sodann Antrag und Begründung. Damit ist den wenigen formellen Anforderungen an eine Laienbeschwerde 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). Bei nichterwerbstätigen versicherten Personen, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG; sog. gemischte Methode).

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 (BGE 125 V 413 E. 2d). 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 verfügungsweise geregelten 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 (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHl 2002 S. 70 E. 4b/cc). Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweisen). 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 (BGer 8C_812/2007 vom 6. Oktober 2008 E. 8.2) – 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 zahlreichen 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. Unbestritten und durch die Akten belegt ist, dass die Beschwerdeführerin am 25. Oktober 2017 einen Unfall im Rechtssinne erlitten hat und dass danach unfallkausale Beschwerden aufgetreten sind. Als erstellt gilt sodann, dass die Beschwerdeführerin nach dem Unfall an einer depressiven Entwicklung litt. Zwischen den Parteien ebenso unbestritten ist die von der Beschwerdegegnerin ab 1. November 2018 bis 31. Juli 2019 zugesprochene ganze Rente. Streitig ist hingegen die Frage, ob die Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes abstellen durfte, wonach die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Hauswirtschaft ab 1. Mai 2019 wieder zu 50 % und ab 1. Juni 2019 zu 100 % arbeitsfähig ist, ihr mithin ab 1. August 2019 kein Rentenanspruch mehr zusteht. Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.1 Die Versicherte hatte sich bei einem Arbeitsunfall vom 25. Oktober 2017, als ihr ein Holzbrett auf den Fuss gefallen war, eine Fraktur des linken Mittelfusses zugezogen (IV-act. 3 S. 1 und 40). Neben den Unfallfolgen ging ihr Hausarzt Dipl. med. C. _____, Praktischer Arzt FMH, von einer depressiven Entwicklung aus und attestierte der Versicherten eine fortbestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 3 S. 36 ff. und 42 ff.).

4.2 In der Folge persistierten die Beschwerden im Bereich des linken OSG und es zeigten sich multilokuläre muskuloskelettale Schmerzen, weshalb eine Zuweisung zu Dr. D. _____, Orthopädie FMH/Rheumatologie, sowie Dr. med. E. _____, Leitender Arzt Rheumatologie Kantonsspital F. _____, erfolgte. Im Rahmen derer

Abklärungen/Untersuchungen ergaben sich keine Hinweise für eine strukturelle Läsion respektive ein CRPS I (IV-act. 13 S. 17 f. und IV-act. 23), was schliesslich auch im Rahmen der Sprechstunde vom 15. Oktober 2018 in der Klinik G._____ bestätigt wurde. Bezüglich der depressiven Entwicklung wurde eine fachärztliche Evaluation mit Anpassung der medikamentösen Therapie und Durchführung einer Gesprächstherapie empfohlen (IV-act. 22).

4.3 Im Rahmen des von der Krankentaggeldversicherung bei der PMEDA in Auftrag gegebenen bidisziplinären Gutachtens vom 12. März 2019 konnte in neurologischer Hinsicht kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Läsion am zentralen peripheren Nervensystem, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen gefunden werden. Der neurologische Teilgutachter stellte erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen (kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck trotz Angabe einer maximalen Schmerzausprägung; deutlich bessere spontane Mobilität als in den formalen Proben dargeboten) fest (IV-act. 21 S. 6 ff.).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung entstand der Eindruck einer durchaus bewusstseinsnahen, wenig plausiblen Präsentation von kognitiven Defiziten und Gedächtnisstörung. Die in der Untersuchung präsentierten Einschränkungen wirkten insgesamt wenig authentisch und waren auch mit der Verhaltensbeobachtung nicht kompatibel. Das psychopathologische Bild wechselte mehrfach zwischen massiver Antriebshemmung, fast Versteinerung und verlängerten Antwortlatenzen und einer recht spontanen flexiblen und durchaus aufmerksamen Teilnahme am Gespräch sowohl auf Deutsch als auch im Gespräch mit dem albanischen Dolmetscher. Querschnittsmässig kam der psychiatrische Teilgutachter zum Schluss, es sei zwar ein depressives Syndrom mit niedergeschlagener Stimmung, einer Verminderung von Antrieb, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Grübelneigung zu erwägen, ein gravierendes depressives Syndrom konnte er angesichts der skizzierten Implausibilitäten und der Verdeutlichungstendenz jedoch nicht ausreichend sicher attestieren. Aufgrund der nicht authentischen Präsentation von Limitationen und Beschwerden konnte er den tatsächlichen Ausprägungsgrad der depressiven Störung nicht sicher klassifizieren, weshalb er eine mögliche depressive Episode unklarer Ausprägung als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte. Die vom Hausarzt nach wie vor attestierte Arbeitsunfähigkeit konnte der psychiatrische Teilgutachter nur noch bis Mitte April 2019 bestätigen, weil unter einer adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der depressiven Symptome nach spätestens vier

Wochen wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne. Er empfahl vorrangig eine fachärztliche Ordnung der polypragmatischen Psychopharmakotherapie aber auch der Mehrfachmedikation von diversen Analgetika, eine fachärztliche psychiatrische Supervision sowie eine psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache der Explorandin (IV-act. 21 S. 18 ff.).

In interdisziplinärer Hinsicht gingen die Gutachter noch bis Mitte April 2019 von einer Arbeitsunfähigkeit aus. Danach erwarteten sie eine volle Arbeitsfähigkeit (IV-act. 21 S. 4 f.).

4.4 Gestützt auf das Ergebnis der bidisziplinären Begutachtung ging die Krankentaggeldversicherung bis zum 30. April 2019 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus. Für den Monat Mai 2019 anerkannte sie noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, bevor sie ab 1. Juni 2019 von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausging (IV-act. 21 S. 2 f.). Dieser von Seiten der Krankentaggeldversicherung festgelegte Verlauf der Arbeitsunfähigkeit war für RAD-Arzt Dr. med. B._____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH, im Rahmen seiner Stellungnahme vom 22. August 2019 nachvollziehbar. Eine dauerhafte Einschränkung bezogen auf die angestammte Tätigkeit konnte Dr. B._____ zum Zeitpunkt des bidisziplinären Gutachtens jedenfalls nicht mehr erkennen (IV-act. 32).

4.5 Zu den im Rahmen des Einwandverfahrens eingegangenen bzw. eingeholten Arztberichten (provisorischer Austrittsbericht des Kantonsspitals F._____ vom 12. Dezember 2019 [IV-act. 41 S. 1 f.] sowie Berichte von Dr. med. H._____, Ambulante Psychiatrie und Psychotherapie I._____, vom 16. Dezember 2019 [IV-act. 41 S. 4 f.] und 27. Februar 2020 [IV-act. 46]) nahm RAD-Arzt Dr. B._____ am 14. April 2020 Stellung. Darin kam Dr. B._____ zum Schluss, dass den Berichten der Psychiaterin keine neuen Informationen entnommen werden könnten, die etwas an seiner Beurteilung vom 22. August 2019 ändern würden. Zum einen hätten nur drei Konsultationen bei der Psychiaterin stattgefunden, was ein möglicher Ausdruck eines geringen Leidensdruckes sei, und zum anderen habe sie sich nicht mit den im bidisziplinären Gutachten festgestellten Hinweisen auf eine bewusstseinsnahe, wenig plausible Präsentation kognitiver Defizite auseinandergesetzt. Behandlerseits werde eine ambulante Behandlung in der Muttersprache der Versicherten empfohlen. Dass diese mangels Verfügbarkeit albanisch-sprechender Psychiater womöglich nicht wohnortsnah erfolgen könne, müsse als erschwerendes Kriterium akzeptiert werden. Alternativ böte

sich indes allenfalls die Möglichkeit einer stationären Behandlung in einer auf affektive Störungen spezialisierten Institution an. Die Behandlung sollte dabei natürlich ebenfalls in der Muttersprache der Versicherten erfolgen und wäre ihr aus allgemein internistischer Sicht im Rahmen der Mitwirkungs-/Schadenminderungspflicht absolut zumutbar (IV-act. 47).

4.6 Zusammen mit der Beschwerdeschrift reichte die Versicherte weitere ärztliche Berichte ein (Schreiben von Dipl. med. C. _____ vom 20. August 2020 sowie entsprechendes Arztzeugnis vom 21. August 2020, Schreiben des Physiotherapeuten vom 19. August 2020 und MRI LWS vom 19. September 2019 [Bf-act. 2–5]), welche die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Vernehmlassung erneut ihrem RAD-Arzt zur Stellungnahme vorlegte. Beurteilend kam Dr. B. _____ am 7. September 2020 zum Schluss, den Neuakten könnten geringe/leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereich der unteren LWS ohne Anhaltspunkte/Hinweise auf eine relevante Nervenwurzel-Beeinträchtigung entnommen werden. In Abwesenheit zusätzlicher objektiver, klinisch-neurologischer Befunde würde sich dadurch nichts an seiner bisherigen Einschätzung ändern. Der von hausärztlicher Seite eingebrachte Hinweis, dass diverse ärztliche Gutachten ohne Dolmetscher erfolgt seien, sei nicht haltbar, lasse sich doch sowohl dem neurologischen als auch dem psychiatrischen Teilgutachten vom 12. März 2019 jeweils auf der ersten Seite entnehmen, dass die Anamnese und Untersuchung mit Unterstützung durch einen Dolmetscher für die albanische Sprache erfolgt sei. Dass die empfohlene Psychotherapie der Versicherten aufgrund der Distanz und der "Überreizung" nicht zugemutet werden könnte, sei ebenso nicht nachvollziehbar (Beilage zur Vernehmlassung).

4.7 Dem im Rahmen des Weiteren Schriftenwechsels eingereichten Arztbericht von Dipl. med. C. _____ vom 21. September 2020 können zusätzlich zu den bekannten Diagnosen aktuell folgende Diagnosen entnommen werden: anhaltende Lumbago bei schwerer Skoliose und degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule. Hausarzt Dipl. med. C. _____ wies darauf hin, dass der Invaliditätsgrad weiterhin 100 % betrage. Eine IV-Rente auf Zeit sei aufgrund der Komplexität des Krankheitsbildes mit sogar jetziger permanenter Schmerzstörung bei schwerer Erschöpfungsdepression nicht gerechtfertigt. Aufgrund der Fehlhaltung am linken Sprunggelenk komme es zu zunehmenden Rückenschmerzen, welche die Patientin im Alltag zu 100 % belasten würden (act. 7).

5. Wie sich aus den Akten ergibt, stellte die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung des Leistungsgesuchs auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. B. _____ vom 22. August 2019 ab, wonach eine dauerhafte Einschränkung bezogen auf die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin Hauswirtschaft zum Zeitpunkt des bidisziplinären Gutachtens der PMEDA vom März 2019 nicht mehr ausgewiesen sei (vgl. IV-act. 32). Die Beschwerdeführerin bestreitet dies und stellt sich auf den Standpunkt, eine Besserung ihres Gesundheitszustandes sei nicht ersichtlich. Sie sei weiterhin in ärztlicher Behandlung und leide an Schmerzen, weshalb sie nicht arbeitsfähig sei. Wie nachfolgend aufzuzeigen sein wird, kann dieser Ansicht der Beschwerdeführerin indes nicht gefolgt werden.

5.1 Grundsätzlich ist es zulässig, im Wesentlichen oder sogar ausschliesslich gestützt auf intern eingeholte medizinische Unterlagen zu entscheiden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung in diesem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (BGer 9C_341/2007 vom 16. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 122 V 157 E. 1d).

Vorliegend bestehen für das Gericht jedoch gerade keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Beurteilung von RAD-Arzt Dr. B. _____. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass die RAD-Stellungnahme vom 22. August 2019 die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der gesamten medizinischen Vorakten erging und schliesslich in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen für das Gericht nachvollziehbar begründet sind.

Sodann steht die Beurteilung von Dr. B. _____ im Einklang mit dem neurologischen und psychiatrischen Gutachten der PMEDA vom 12. März 2019, gingen die Gutachter doch bereits ab Mitte April 2019 von einer vollen Arbeitsfähigkeit aus (vgl. IV-act. 21 S. 4). Medizinische Berichte, welche sich mit der Einschätzung der PMEDA auseinandersetzen und darlegen würden, weshalb entgegen deren Auffassung weiterhin von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsste, sind nicht aktenkundig. Soweit Hausarzt Dipl. med. C. _____ weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte bzw. attestiert, konnte dies der psychiatrische Gutachter nur noch bis Mitte April 2019 bestätigen, weil unter einer adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der depressiven Symptome nach spätestens vier Wochen wieder von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (vgl. IV-act. 21 S. 28 f.). Der

psychiatrische Gutachter empfahl vorrangig eine fachärztliche Ordnung der polypragmatischen Psychopharmakotherapie aber auch der Mehrfachmedikation von diversen Analgetika, ein fachärztliche psychiatrische Supervision sowie eine psychotherapeutische Behandlung in der Muttersprache der Versicherten (vgl. IV-act. 21 S. 28). In der Folge fand zwar ein Abklärungsgespräch bei Dr. H. _____ statt (vgl. IV-act. 41 S. 4 f.). Wie dem Bericht vom 27. Februar 2020 entnommen werden kann, nahm die Beschwerdeführerin jedoch gesamthaft nur drei Termine wahr (vgl. IV-act. 46 S. 1), nachdem sie sich bereits im Rahmen des Abklärungsgesprächs vom 13. Dezember 2019 skeptisch gegenüber einer Behandlung geäußert hatte (vgl. IV-act. 41 S. 4). Auch wenn es zutreffen mag, dass eine ambulante Psychotherapie mangels eines albanisch sprechenden Therapeuten in wohnortsnähe nicht möglich ist, ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass auch die Möglichkeit einer stationären Behandlung bestehen würde. Vor dem Hintergrund der im Sozialversicherungsrecht geltenden Schadenminderungspflicht ist jedenfalls daran zu erinnern, dass die versicherte Person insoweit zu Vorleistungen verpflichtet ist, als sie vor Geltendmachung von Leistungen das ihr Zumutbare an Behandlung über sich ergehen lassen muss. Wie RAD-Arzt Dr. B. _____ mit Stellungnahme vom 14. April 2020 zu Recht darauf hingewiesen hat, wäre der Beschwerdeführerin eine stationäre psychiatrische Behandlung – vorausgesetzt sie würde ebenfalls in ihrer Muttersprache erfolgen – denn auch absolut zumutbar (vgl. IV-act. 47). Daran ändern auch die Ausführungen ihres Hausarztes, wonach die Beschwerdeführerin aufgrund der Entfernung und der Überreizung nicht in der Lage sei, die empfohlene Psychotherapie wahrzunehmen (vgl. Bf-act. 2), nichts. Angesichts der bestehenden Möglichkeit, die empfohlene psychiatrische Behandlung im stationären Rahmen durchzuführen, erschliesst sich dem Gericht jedenfalls nicht, weshalb der Beschwerdeführerin die Aufnahme einer Psychotherapie nicht zugemutet werden könnte (vgl. dazu auch RAD-Stellungnahme vom 7. September 2020 [Beilage zur Vernehmlassung]). Anhaltspunkte, dass die Beschwerdeführerin die ihr zumutbare stationäre psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen hätte, können dem Aktendossier keine entnommen werden. Entgegen der Empfehlung der Psychiaterin Dr. H. _____ erfolgte sodann auch keine Optimierung der Medikation und es fanden insgesamt lediglich drei Konsultationen bei ihr statt (vgl. IV-act. 46 S. 1). In Anbetracht dessen kann keine Rede davon sein, dass die Behandlungsoptionen ausgeschöpft wären, weshalb mit der Beschwerdegegnerin von einem wenig ausgeprägten Leidensdruck im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auszugehen ist.

Des Weiteren ist festzustellen, dass sich die behandelnde Psychiaterin nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäußert hat. Daran hat auch die Rückfrage der IV-Stelle vom 14. Februar 2020 (IV-act. 45) nichts geändert, enthält das Antwortschreiben von Dr. H. _____ vom 27. Februar 2020 mit Ausnahme betreffend Behandlungsfrequenz doch keine weitergehenden Ausführungen im Vergleich zum Bericht vom 16. Dezember 2019 (vgl. IV-act. 41 S. 4 f. und IV-act. 46). Angaben zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin können dem genannten Schreiben jedenfalls nicht entnommen werden. Wie die Beschwerdegegnerin sodann zutreffend angemerkt hat, beruhen die Berichte der vorübergehend behandelnden Psychiaterin im Wesentlichen auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und eine Würdigung der gutachterlich festgestellten Hinweise auf eine bewusstseinsnahe, wenig plausible Präsentation kognitiver Defizite fehlt, setzt sich Dr. H. _____ trotz Hinweis der IV-Stelle mit dem Gutachten der PMEDA doch überhaupt nicht auseinander. In Anbetracht der Tatsache schliesslich, dass lediglich drei Termine bei der Psychiaterin stattgefunden haben und sie deshalb selbst darauf hingewiesen hat, sie könne die Fragen der IV-Stelle nicht ausreichend beantworten (vgl. IV-act. 46), sind die nicht weiter begründeten Berichte ihrerseits nicht geeignet, die Beurteilung von Dr. B. _____ in Zweifel zu ziehen. In diesem Zusammenhang ist sodann auf die Erfahrungstatsache zu verweisen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 3.5 vorstehend). Rechtsprechungsgemäss lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach)-Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) jedenfalls nicht zu, ein Administrativgutachten 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.

Unter diesem Aspekt vermag im Übrigen auch die Einschätzung des Hausarztes, wonach die Beschwerdeführerin nach wie vor zu 100 % arbeitsunfähig sei, an der RAD-Beurteilung keine Zweifel aufkommen zu lassen. In den nur sehr rudimentär ausgefallenen Berichten von Hausarzt Dipl. med. C. _____ werden jedenfalls keine Aspekte genannt, die von RAD-Arzt Dr. B. _____ unerkannt und ungewürdigt geblieben wären.

5.2 Was schliesslich die im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens neu aufgelegten Arztberichte anbelangt (Schreiben von Dipl. med. C. _____ vom 20. August 2020 sowie entsprechendes Arztzeugnis vom 21. August 2020, Schreiben des Physiotherapeuten vom 19. August 2020 und MRI LWS vom 19. September 2019 [Bf-act. 2–5]), ist festzustellen, dass RAD-Arzt Dr. B. _____ am 7. September 2020 dazu ausführlich Stellung genommen hat (vgl. Beilage zur Vernehmlassung). Angesichts der Tatsache, dass sich im MRI vom 19. September 2019 lediglich geringe/leichtgradige degenerative Veränderungen im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule ohne Anhaltspunkte/Hinweise auf eine relevante Nervenwurzel-Beeinträchtigung gezeigt haben, erscheint es nachvollziehbar, wenn Dr. B. _____ in Abwesenheit zusätzlicher objektiver, klinisch-neurologischer Befunde zum Schluss kommt, dass dies an seiner bisherigen Einschätzung nichts ändere. Die geringen degenerativen Veränderungen wirken sich somit auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht aus. Was sodann den Vorwurf des Hausarztes anbelangt, wonach diverse ärztliche Gutachten ohne Dolmetscher durchgeführt worden seien, hat Dr. B. _____ zu Recht darauf hingewiesen, dass dies nicht den Tatsachen entspreche. Wie sich der ersten Seite der jeweiligen Teilgutachten entnehmen lässt, erfolgte die Anamnese und Untersuchung mit Unterstützung durch einen Dolmetscher für die albanische Sprache (vgl. IV-act. 21 S. 6 und 18). Der Einwand des Hausarztes erweist sich somit als unbegründet.

Eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes könnte schliesslich lediglich dem neusten Bericht von Dipl. med. C. _____ vom 21. September 2020 entnommen werden, diagnostiziert der Hausarzt darin doch aktuell eine anhaltende Lumbago bei schwerer Skoliose und degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (vgl. act. 7). Nichtsdestotrotz kann die Beschwerdeführerin auch daraus – zumindest für das vorliegende Verfahren – nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die Beschwerdeführerin übersieht, dass für die Beurteilung des Leistungsanspruchs der Sachverhalt massgebend ist, wie er sich bis zum Verfügungserlass ereignet hat (vgl. E. 2 vorstehend). Somit ist vorliegend grundsätzlich der Sachverhalt relevant, wie er sich bis zum 27. Juli 2020 präsentierte. Spätere ärztliche Berichte sind ausnahmsweise zu berücksichtigen, wenn daraus konkrete Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses gezogen werden können (BGer 8C_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3 und 9C_48/2015 vom 1. Juli 2015 E. 3.2.1 mit weiteren Hinweisen). Dies ist vorliegend jedoch gerade nicht der Fall, hält der eingereichte Bericht des Hausarztes doch diejenigen Diagnosen fest, die aktuell zusätzlich zu den bekannten hinzugekommen sind,

sich mithin erst nach Verfügungserlass gezeigt haben. Der Bericht des Hausarztes vom 21. September 2020 kann im vorliegenden Verfahren somit nicht berücksichtigt werden. Insoweit sich eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes ergeben haben sollte, ist die Beschwerdeführerin auf den Weg der Neuanmeldung zu verweisen.

5.3 Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. B. _____ für den Monat Mai 2019 von einer 50%igen und ab 1. Juni 2019 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit der Beschwerdeführerin ausgehen durfte. Sowohl die Einwände der Beschwerdeführerin als auch die in den Akten liegenden Arztberichte führen jedenfalls nicht dazu, dass auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung erweckt werden und nicht darauf abgestellt werden konnte, sondern die Beschwerdegegnerin weitere Abklärungen hätte durchführen müssen.

6. Bei einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ab 1. Mai 2019 besteht dementsprechend unter Anwendung der gemischten Methode (Einschränkung im Bereich der Erwerbstätigkeit von 50 % und im Bereich des Haushalts von 0 %) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr. Die Befristung des Rentenanspruchs nach einer dreimonatigen Wartezeit per 31. Juli 2019 ist somit nicht zu beanstanden. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und sie ist vollumfänglich 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).

Unter Berücksichtigung sämtlicher Akten ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin ausreichend medizinisch abgeklärt wurde, konnten aus den entsprechenden medizinischen Unterlagen doch Schlussfolgerungen gezogen werden, die in ihrer Begründung zu überzeugen vermögen. Schon für die IV-Stelle gab es keinen Grund, weitere Abklärungen einzuholen, durfte sie doch – wie oben ausführlich dargelegt – auf die Stellungnahme ihres RAD-Arztes abstellen, weshalb es keiner weiteren Abklärungen oder

einer Begutachtung bedarf und der Beschwerdegegnerin keine Verletzung der Abklärungspflicht gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG vorzuwerfen ist.

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 die Beschwerdeführerin (mit ausführlicher Rechtsmittelbelehrung), 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, 22. Februar 2021

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am