



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler  
Gerichtsschreiberin: lic. iur. Claudia Meier

U R T E I L vom 14. April 2023  
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

**A.** \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin  
vertreten durch RA B. \_\_\_\_\_

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung  
(Rente)

S 2021 115

A. Die 1971 geborene A.\_\_\_\_\_ erlitt bei einem Auffahrunfall am 18. Oktober 2017 ein Distorsionsstrauma der Halswirbelsäule. Die Unfallversicherung erbrachte ihre Leistungen bis zu deren Einstellung per Ende Mai 2018 (vgl. IV-act. 19/1–6). Im September 2018 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf seit dem Unfall bestehende Schmerzen und eine Depression zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Nach ersten Abklärungen der erwerblichen und medizinischen Situation leitete die IV-Stelle Zug am 29. März 2019 berufliche Eingliederungsmassnahmen ein (IV-act. 32). Dem vom 20. Mai bis 19. August 2019 dauernden Belastbarkeitstraining bei C.\_\_\_\_\_ (IV-act. 41), folgte ein Aufbaustraining im gleichen Betrieb, das per 31. Januar 2020 infolge körperlicher Beschwerden vorzeitig abgebrochen werden musste (IV-act. 49, 60 und 65/5). Trotz Massnahmenabbruch erhielt die Versicherte per 1. März 2020 bei C.\_\_\_\_\_ eine geschützte Arbeitsstelle zu einem Pensum von 16 Stunden pro Woche (IV-act. 66). In der Folge liess die IV-Stelle Zug die Versicherte in der MEDAS BEGAZ Begutachtungszentrum BL polydisziplinär begutachten (MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 2020 [IV-act. 98/2–84] und Ergänzung vom 30. Dezember 2020 [IV-act. 105]). Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) das Gutachten als nicht durchwegs überzeugend beurteilt und die Arbeitsunfähigkeit anders eingeschätzt hatte, führte die IV-Stelle das Vorbescheidverfahren durch und sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügungen vom 29. Juni 2021 eine halbe Invalidenrente ab 1. Mai 2019 zu (IV-act. 124–125).

B. Dagegen erhob A.\_\_\_\_\_ am 1. September 2021 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer ganzen Invalidenrente (act. 1 S. 1). Den ihr auferlegten Kostenvorschuss von Fr. 800.– entrichtete sie innert Frist (act. 2 f.). Mit Vernehmlassung vom 6. Oktober 2021 schloss die IV-Stelle Zug auf Abweisung der Beschwerde (act. 5). Im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest (act. 10 und 12). In der Folge gingen keine weiteren Eingaben der Parteien mehr ein.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Am 1. Januar 2022 ist das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG; SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020). 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). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (vorliegend 29. Juni 2021 [BF-act. 1]; BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] in Verbindung mit § 77 Abs. 1 des Gesetzes über den Rechtsschutz in Verwaltungssachen [Verwaltungsrechtspflegegesetz; VRG; BGS 162.1] und § 12 Abs. 1 lit. a des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [EG AH-VIVG; BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben, stammt doch die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug. Die Verfügung datiert vom 29. Juni 2021 und ist offenbar am 1. Juli 2021 im Herrschaftsbereich der Beschwerdeführerin eingetroffen (act. 1 S. 2 und BF-act. 1). In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 1. September 2021 der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Damit ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG – unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes gemäss Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG – gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen klaren Antrag und eine Begründung, womit den formellen Anforderungen Genüge getan ist und auf die Beschwerde eingetreten werden kann. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die – kumulativ – ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen

Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen (lit. b) und nach dessen Ablauf zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideinkommen).

3.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbes. Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann – potenziell – anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.1 und 130 V 396 E. 5.3.2). Dabei gilt in der Invalidenversicherung der enge bio-psychische Krankheitsbegriff, der psychosoziale Belastungsfaktoren zumindest soweit ausklammert, als diese direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (etwa: BGer 9C\_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2); d.h.: nicht jede Beeinträchtigung des (psychischen) Befindens ist auch automatisch krankheitswertig im Sinne der Invalidenversicherung.

3.3 Eine psychische Störung kann rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nur invalidisierend sein, wenn sie schwer ist (zuletzt BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Verweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 sowie BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Im Rahmen einer Begutachtung ist gegebenenfalls durch den medizinischen Sachverständigen nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb im Einzelfall (trotzdem) funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Verweis auf BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Damit trägt die Rechtsprechung der medizinischen Erfahrungstatsache Rechnung, wonach depressive Geschehen regelhaft

episodisch und vorübergehend auftreten, allenfalls auch rezidivierend (vgl. ICD-10 F32 und F33, abrufbar etwa unter <https://www.icd-code.de/icd/code/F30-F39.html>; ausserdem Dilling/Freyberger, Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen, 8. Aufl. 2016, S. 140; Klaus Lieb, Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie, 9. Aufl. 2019, S. 201, ausserdem 197, 212, 220).

3.4 Neben den allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben an ein Gutachten (dieses muss für die streitigen Belange umfassend sein, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten abgegeben werden sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation und der Zusammenhänge einleuchten, vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a) ist die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung durch die Rechtsanwendenden darauf zu prüfen, ob sie den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 genügt. Der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ist dabei nur dann erbracht, wenn eine Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild für eine Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 mit Hinweisen).

#### 4.

4.1 Im MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 2020 (IV-act. 98/2–84) wurde lediglich eine Rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 98/10). Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei (IV-act. 98/10–11):

- Verdacht auf Status nach Nierenkolik links
- Substituierte Hypothyreose
- Muskuläre Dysbalance vom Schultergürtel beidseits (Trapezius und Rhomboidei)
- Status nach Distorsion der Halswirbelsäule, Grad 1 gemäss Québec Task Force (QTF) am 18. Oktober 2017
- Status nach Verkehrsunfall (Frontalkollision als Beifahrerin) zirka 2000
- Beginnender Hallux valgus beidseits
- Deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit 12/18 Fibromyalgie-Druckpunkten, nicht einem eigentlichen rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend

Zu den Ausführungen der als Gutachter involvierten Fachärzte ist insbesondere hervorzuheben, dass die Beschwerdeführerin bei der rheumatologischen Untersuchung angegeben hatte, ihr Problem sei die psychische Situation. Die Nacken- und Schulterschmerzen seien das geringere Problem (IV-act. 98/38).

Der psychiatrische Gutachter führte in seiner Beurteilung aus, dass die Beschwerdeführerin jahrelang unter einer Belastung gestanden habe. Es sei anzunehmen, dass sie eine eher labile Persönlichkeitskonstellation aufweise, was sich durch die Kindheitssituation erklären lasse. Sie lebe mit einem körperlich und psychisch kranken Mann zusammen, der seit Jahren keiner beruflichen Tätigkeit nachgehen könne, wodurch sie gezwungen gewesen sei, ein genügend hohes Einkommen zu erwirtschaften, da der Partner teilweise jahrelang keine Unterstützung erhalten habe. Mittlerweile beziehe er eine Rente. Weiterhin habe sich die Beschwerdeführerin auch um die Kinder kümmern müssen, wenn es dem Partner schlecht gegangen sei. Es sei daher denkbar, dass sie sich jahrelang zu stark beansprucht habe, bis sie dann schliesslich dekompenziert sei und habe hospitalisiert werden müssen. Dass eine jahrelange Vorgeschichte zu diesem Zustand geführt habe, erkläre auch den prolongierten Verlauf (IV-act. 98/65).

Hinweise auf Persönlichkeitsauffälligkeiten fand der psychiatrische Gutachter keine. Er stellte fest, dass in den Unterlagen auf ängstlich-unsichere Persönlichkeitszüge hingewiesen werde. Diese seien allerdings nicht weiter beschrieben worden und es sei unklar, inwieweit diese Züge eine Folge der depressiven Störung seien. Während der Hospitalisation in der Klinik D. \_\_\_\_\_ (vgl. Austrittsbericht vom 14. September 2018 [IV-act. 11/8–15]) seien keine Persönlichkeitsauffälligkeiten beschrieben worden. Die Beschwerdeführerin versuche sich tagsüber zu aktivieren, müsse allerdings Pausen einlegen. Sie arbeite in einem geschützten Betrieb, verrichte Haushaltarbeiten und versuche teilweise zu lesen, was ihr aber aufgrund der kognitiven Schwierigkeiten schwerfalle. Sie versuche sich auch um die Familie zu kümmern und pflege einige wenige soziale Kontakte. Es schienen demnach gewisse Ressourcen vorhanden zu sein. Weiter führe die Beschwerdeführerin ambulante Therapiemassnahmen durch. Der psychiatrische Gutachter empfahl allerdings, die medikamentösen Massnahmen zu kontrollieren, da Lithium und Quetiapin in den gutachterlichen Abklärungen nicht hätten nachgewiesen werden können, obwohl die Beschwerdeführerin die regelmässige Medikamenteneinnahme bestätigt habe. Im Übrigen erschienen die Behandlungsmassnahmen angemessen. Es habe sich gezeigt, dass die Beschwerdeführerin teilweise die Tendenz aufweise, sich zu übernehmen und deswegen auszufallen, was sich mit den zur Verfügung stehenden Angaben und den Untersuchungsbe-

funden decke. Weiter hätten keine Hinweise auf Inkonsistenzen gefunden werden können. Die Beschwerdeführerin sei teilweise nicht genügend in der Lage, auf ihre Fähigkeiten und Funktion zurückzugreifen und müsse auch Erholungspausen einlegen. Die psychosoziale Situation spiele aktuell keine Rolle. In der Vergangenheit allerdings habe sie einen gewissen Belastungsfaktor dargestellt (IV-act. 98/66–68).

In den neuropsychologischen Abklärungen hinterliess die Beschwerdeführerin einen zwispältigen Eindruck. Zum einen schien sie dem Gutachter, unauffällig gut und leistungsbereit mitzumachen, zum anderen aber phasenweise auch mutwillig langsam oder falsch oder auch beliebig zu antworten. Eine ausgeprägte Müdigkeit sei ihr dabei erst gegen Ende der nachmittäglichen Testabklärungen anzumerken gewesen. Die Testanleitungen, auch umfangreichere, habe sie bereits auf Deutsch auf Anhieb verstanden. Entgegen ihrer raschen Auffassung bei den Anleitungen sei ihr Arbeitstempo mehrheitlich verlangsamt, die Sorgfalt dabei wechselhaft, anfänglich auch besser als im späteren Verlauf. Die Fehlerkontrolle sei damit nur anfänglich hinreichend gewährleistet gewesen. Zu Beginn der morgendlichen wie auch nachmittäglichen Testabklärungen habe die Beschwerdeführerin jeweils leichte Kopfschmerzen angegeben, an deren jeweiligen Ende dann mässig starke (IV-act. 98/76). Hinsichtlich der Leistungsbereitschaft seien zwei Leistungsvalidierungsverfahren durchgeführt und weitere verdeckte Indices erhoben bzw. geprüft worden. Beide Verfahren sowie einige weitere Indices hätten auffällige Befunde ergeben, welche an einer hinreichenden und kontinuierlichen Leistungsbereitschaft der Beschwerdeführerin zweifeln liessen. Bei Testung jeweils zu Beginn der vormittäglichen und nachmittäglichen Sitzungen seien die Ergebnisse der Validierungstests weder durch Müdigkeit noch durch eine allfällige Depression, Angst, Demenz oder dieser vergleichbaren hirnorganischen Affektion, auch nicht durch deren vermutlich vorbestehenden Lernbehinderung hinreichend zu erklären. Im allgemeinen Testverhalten entstehe im Weiteren wiederholt der Eindruck, dass die Beschwerdeführerin mutwillig langsam, falsch oder auch beliebig antworte. Auch seien die gezeigten kognitiven Leistungen nicht zwanglos vereinbar mit der im Alltag gezeigten Funktionalität, etwa mit dem Umstand, dass sie immer wieder auch Auto fahre. Die Authentizität der oben berichteten, neuropsychologischen Befunde müsse im vorliegenden Fall insgesamt somit als nicht gewährleistet beurteilt werden (IV-act. 98/79–80).

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin könne nicht genügend selbstständig Verantwortung übernehmen und sei in der Flexibilität eingeschränkt, es bestehe eine eigene Problematik, weshalb sie sich nicht genügend abgrenzen könne. Sie sollte eine Tätigkeit ausüben können, die vorgege-

ben sei, wo sie keine Verantwortung übernehmen und nicht unter Zeitdruck arbeiten müsste. Aktuell spiele die psychosoziale Situation keine Rolle. Aus rheumatologischer Sicht fänden sich keine Hinweise für Inkonsistenzen. Die von der Beschwerdeführerin wiederholt angegebenen, anatomisch nicht nachvollziehbaren Schmerzprovokationen im Nacken- und Schultergürtelbereich (zum Beispiel bei Bewegungen der Lendenwirbelsäule) seien nicht als Inkonsistenz zu werten, sondern als Ausdruck der Schmerzfehlerverarbeitung. Die Authentizität der bei der Beschwerdeführerin erhobenen neuropsychologischen Befunde sei zufolge der vorgenommenen mehrfachen Leistungs- und Symptomvalidierung als nicht gewährleistet zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin versuche sich tagsüber zu aktivieren, müsse allerdings Pausen einlegen. Es habe sich gezeigt, dass sie teilweise die Tendenz aufweise, sich zu übernehmen und deswegen ausfalle. Dies decke sich mit den zur Verfügung stehenden Angaben und den Untersuchungsbefunden. Es könnten keine Hinweise auf Inkonsistenzen gefunden werden (IV-act. 98/11–12).

Insgesamt gingen die Gutachter davon aus, dass die Beschwerdeführerin in der Tätigkeit als Spitex-Angestellte aufgrund der depressiven Störung überfordert sei. Sie könne nicht genügend selbstständig Verantwortung übernehmen und sei in der Flexibilität eingeschränkt. Weiter bestehe eine eigene Problematik, weshalb sie sich nicht genügend abgrenzen könne. Die angestammte Tätigkeit sei daher seit dem stationären Aufenthalt in der Klinik D. \_\_\_\_\_ im Mai 2018 nicht mehr möglich. Rein bezogen auf den Bewegungsapparat und unter Berücksichtigung auch der Angaben zu den klinischen Befunden nach dem Unfall vom 18. Oktober 2017 fänden sich sowohl aktuell als auch retrospektiv keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter kamen zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich durch die psychische Problematik bestimmt werde und die angestammte Tätigkeit seit Mai 2018 nicht mehr möglich sei. Als angepasst erachteten sie eine Tätigkeit, die vorgegeben sei, wo die Beschwerdeführerin keine Verantwortung übernehmen und nicht unter Zeitdruck arbeiten müsste. Aufgrund der depressiven Störung sei von einer verminderten Belastbarkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin benötige Erholungszeiten. Die Erfahrung habe aufgezeigt, dass eine höchstens 40%ige Leistung bei einer adaptierten Tätigkeit möglich sei, weswegen von einer 60%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten auszugehen sei. Diese Einschränkung könne seit Beginn der beruflichen Massnahmen im Mai 2019 angenommen werden. Auch in einer adaptierten Tätigkeit bestimme die psychische Problematik die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 98/13–14).

4.2 Auf Veranlassen der Beschwerdegegnerin ergänzten der psychiatrische und der neuropsychologische Gutachter der MEDAS am 30. Dezember 2020 ihre Ausführungen zu Konsistenz und Arbeitsfähigkeit (IV-act. 105).

Der neuropsychologische Gutachter räumte das Vorliegen einer möglichen bewusstseinsfernen Verdeutlichung ein, verneinte indessen sowohl eine Aggravation als auch eine Simulation.

Zu den Gründen für die erhobenen Befunde in der neuropsychologischen Abklärung nannte der psychiatrische Gutachter eine Beeinträchtigung durch die depressive Störung, die eher labile Persönlichkeitskonstellation, soziale Faktoren, welche die Beschwerdedarstellung eher verstärkten, ohne dass eine bewusste Aggravation angenommen werden könne, und die eher geringen verbalen Fähigkeiten. Ausserdem wies er darauf hin, dass aus neuropsychologischer Sicht die Meinung vertreten worden sei, dass durchaus eine gewisse Beeinträchtigung bestehe, die allerdings aufgrund mangelnder Validierung nicht bewertet werden könne. Mit Bezug auf die Diagnose einer depressiven Störung stütze er sich auf den klinischen Untersuchungsbefund, die sich damit deckenden subjektiven Angaben und die Beurteilung in der Klinik D. \_\_\_\_\_ während der stationären Behandlung im Jahr 2018. Hinsichtlich des Schweregrades müsse beachtet werden, dass die Beschwerdeführerin eine eher labile Persönlichkeitskonstellation aufweise. Zudem bestünden nur eingeschränkte Ressourcen. Der psychiatrische Gutachter räumte ein, dass in der Regel bei einer mittelschweren depressiven Störung eine 40–50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Dabei handle es sich um einen Richtwert. Diesbezüglich seien bei der Beschwerdeführerin die labile Persönlichkeitskonstellation, eine schwere depressive Episode und möglicherweise ein labilisierendes Trauma in der Vergangenheit sowie die Ergebnisse der Arbeitsabklärung zu berücksichtigen. Die Beschwerdeführerin könne sich nur mit Mühe anpassen und umstellen. Sie ziehe sich sozial teilweise zurück, in der Beziehung bestünden Beeinträchtigungen und sie aktiviere sich nur eingeschränkt. Unter der Berücksichtigung dieser verschiedenen Faktoren sei von einer 60%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine 40%ige Arbeitsleistung könnte im ersten Arbeitsmarkt unter den im Gutachten aufgeführten Bedingungen ohne zusätzliche Leistungseinschränkung erbracht werden.

4.3 Dazu stellte der RAD-Arzt Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 12. Januar 2021 (IV-act. 107) fest, dass die von Seiten des psychiatrischen Teilgutachters formulierten Antworten und Argumentationen aus allgemeiner internisti-

scher Sicht nicht durchwegs überzeugend seien. Die Diagnose einer mittelschweren affektiven Störung vermöge gemäss versicherungspsychiatrischer Erfahrung und unter Berücksichtigung der respektablen Ressourcen der Beschwerdeführerin höchstens eine 40–50 %ige Einschränkung der Arbeits(un)fähigkeit in einer kognitiv nicht besonders anspruchsvollen Tätigkeit zu begründen. Zudem wäre im Falle einer guten Medikamenten-Compliance, wie sie bei einer effektiv vorliegenden, mittelschweren depressiven Störung aufgrund des erfahrungsgemäss hohen Leidensdrucks zu erwarten wäre, im Verlauf eine Besserung zu erwarten (gewesen).

## 5.

### 5.1

5.1.1 Geht es um psychische Erkrankungen, so sind seit BGE 141 V 281 für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Eine freie ärztliche Arbeits(un)fähigkeitsschätzung "nach bestem Wissen und Gewissen" vermag als solche den rechtlich geforderten Beweis überwiegender Wahrscheinlichkeit für das Bestehen funktioneller Einbussen und/oder verminderter Ressourcen in aller Regel nicht zu erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt; dieses kann vom Rechtsanwender nicht zuverlässig nachvollzogen und überprüft werden. Daher haben sich medizinische Sachverständige und rechtsanwendende Stellen bei ihrer Einschätzung und Beurteilung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, wie sie BGE 141 V 281 als Bindeglied zwischen Beweisverfahren und Rechtsanwendung formuliert hat. Die Rechtsanwender haben einerseits die medizinischen Angaben daraufhin zu prüfen, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Es stellt sich also aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist. Andererseits darf keine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischem Wissen und Gewissen" stattfinden. Vielmehr ist zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Nach BGE 141 V 281 ist der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann erbracht, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild für ei-

ne Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zeigt (vgl. zum Ganzen BGE 145 V 361 E. 3).

5.1.2 Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne (allenfalls auf Nachfrage hin erfolgte) schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgenabschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen (BGE 148 V 49 E. 6.2.2).

5.2 Gutachter und Beschwerdegegnerin kommen bei der Prüfung der Standardindikatoren auf unterschiedliche Ergebnisse.

5.2.1 Aufgrund der Angaben im psychiatrischen Teilgutachten ist vorliegend die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde nicht als schwer zu bezeichnen, da im Rahmen der Untersuchung nebst unauffälligen Befunden (lediglich) ein nicht aufhellbarer, depressiver Affekt, ein leicht gebremst wirkender Antrieb und eine massive innerliche Anspannung festgestellt wurden. Die Anspannung zeigte sich während des Abklärungsgesprächs durch das Kneten der Hände und ein Zittern am linken Bein. Dadurch strahlte die Beschwerdeführerin eine gewisse Unruhe aus, ohne aber ansonsten psychomotorisch beeinträchtigt zu wirken (IV-act. 98/60–61). Unter Hinweis auf die bisherigen Erfahrungen erachtete der psychiatrische Gutachter die Durchhaltefähigkeit als stark reduziert (IV-act. 98/66). Diese Beurteilung wird allerdings durch die bei der neuropsychologischen Begutachtung an den Tag gelegte Verdeutlichung stark relativiert, denn der Fachgutachter vermutete neuropsychologische Funktionsschwächen von lediglich geringem bis leichtem Ausmass (IV-act. 98/82–83 und 105/3).

5.2.2 Der psychiatrische Experte erachtete sodann die von der Beschwerdeführerin in Anspruch genommene Behandlung als angemessen und die antidepressive Medikation (Venlafaxin) im therapeutischen Bereich (IV-act. 98/67; vgl. ferner den Laborbefund in IV-act. 98/86).

Dagegen war das Neuroleptikum Quetiapin im Serum nicht nachweisbar. Dieser Wirkstoff wird auch als Zusatztherapie in der Behandlung von Depressionen verwendet, falls sie mit Antidepressiva alleine nicht erfolgreich behandelt werden können (vgl. die Packungsbeilage des von der Beschwerdeführerin bei der Begutachtung genannten Seroquels: <https://compendium.ch/product/1138358-seroquel-xr-ret-tabl-150-mg/mpub>). Dem psychiatrischen Gutachter gegenüber hatte die Beschwerdeführerin die Einnahme von Quetiapin bestätigt (IV-act. 98/54 und 98/61; vgl. auch den Fragebogen für die psychiatrische Abklärung [IV-act. 98/85]). Den Akten lässt sich auch entnehmen, dass ihr dieses Medikament schon länger verschrieben wird (vgl. die in der Klinik D. \_\_\_\_\_ ausgestellte Medikamentenkarte ab 4. September 2018 [IV-act. 25/9], den Zwischenbericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. Januar 2019 [IV-act. 25/3–4] sowie die ambulanten Berichte des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 21. Januar 2020 [IV-act. 74/5–6], 13. Februar 2020 [IV-act. 74/2–4] und 5. September 2020 [IV-act. 98/87–89]). Im Serum nicht nachweisbar war sodann das Antidepressivum Lithium (IV-act. 98/86), dessen Einnahme die Beschwerdeführerin ebenfalls angegeben hatte (IV-act. 98/54, 98/61 und 98/85). Zwar plante die behandelnde Psychiaterin Dr. F. \_\_\_\_\_ im Januar 2019 die Einleitung der Medikation mit Lithium (vgl. IV-act. 25/3), eine solche ist jedoch in keinem der späteren medizinischen Berichte dokumentiert, womit deren Verschreibung und Dosierung allein auf den Angaben der Beschwerdeführerin beruht.

Da es der psychiatrische Gutachter unterlassen hat, sich mit diesen Unstimmigkeiten zu befassen und allenfalls Auskünfte bei der behandelnden Psychiaterin einzuholen, verbleiben erhebliche Zweifel an der Compliance der Beschwerdeführerin, was die ins Gutachten aufgenommene Erklärung des prolongierten Verlaufs als Folge der jahrelangen Belastung erheblich relativiert (IV-act. 98/65 und 98/67). Eine unzuverlässige Medikamenteneinnahme dürfte vielmehr erklären, weshalb trotz angemessener Behandlung noch keine Besserung der depressiven Symptomatik eingetreten ist (vgl. IV-act. 107/2). Sodann dürfte eine schlechte Compliance auf einen geringen Leidensdruck hinweisen, damit wiederum auf eine nicht besonders schwere Ausprägung der Symptomatik.

5.2.3 Im Rahmen der beruflichen Massnahmen vermochte die Beschwerdeführerin die erwarteten Ziele nicht zu erreichen. Mit den Gründen für das Ausbleiben des Eingliederungserfolgs setzte sich der psychiatrische Gutachter nicht auseinander. Er scheint, diesen Umstand als gegeben hingenommen zu haben, und setzte ihn vorbehaltlos als Massstab für die Arbeitsfähigkeitseinschätzung ein (IV-act. 98/68). Angesichts des von der Be-

schwerdeführerin an der neuropsychologischen Abklärung gezeigten, die Beschwerden verdeutlichenden Verhaltens vermag dieses Vorgehen nicht vollends zu überzeugen.

5.2.4 Eine psychische Komorbidität besteht nicht. Auch sonst ergeben sich keine fachärztlichen Hinweise auf eine Interferenz der – auch von der Beschwerdeführerin als nicht vordergründig erlebten – somatischen Erkrankungen mit der depressiven Störung.

5.2.5 Persönlichkeitsauffälligkeiten wurden vom psychiatrischen Gutachter verneint (IV-act. 98/66). Wiederholt wies er auf eine eher labile Persönlichkeitskonstellation hin, die er auf die Kindheitssituation zurückführt (IV-act. 98/65 und 105/2). Zu bedenken ist allerdings, dass die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit mehrmals in der Lage war, sich nach traumatischen Ereignissen (Verlust der Mutter in der frühen Kindheit, Missbrauch durch einen Familienangehörigen in der Adoleszenz, Miterleben des Unfalltodes einer Freundin im Erwachsenenalter) zu erholen und ein weitgehend selbständiges Leben zu führen, was auf eine respektable Resilienz schliessen lässt. Dies legt den Schluss nahe, dass sich die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin nicht stark ressourcenhemmend auswirken dürfte.

5.2.6 Mit Bezug auf den sozialen Kontext ist zwar ein gewisser sozialer Rückzug der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Sie lebt aber in einer soweit intakten Familie und pflegt gelegentlichen Kontakt zu einer Nachbarin sowie – telefonisch – zu einer Schulfreundin (IV-act. 98/55–57). Bei der Begutachtung räumte sie ein, dass ihr soziale Kontakte sowohl privat als auch bei der Arbeit guttun würden (IV-act. 98/61–62 und 98/66). Dies wertete der psychiatrische Gutachter zu Recht als Ressource (IV-act. 98/67). Psychosozialen Faktoren sprach er – im Begutachtungszeitpunkt – eine ressourcenhemmende Wirkung ab. Dies ist nachvollziehbar. So dürfte die Erkrankung des Partners in der Vergangenheit zu einer erheblichen finanziellen und familiären Mehrbelastung der Beschwerdeführerin geführt haben. Mit dessen Berentung und der grösseren Selbständigkeit der Kinder hat sich die Lage mittlerweile wohl entschärft.

5.2.7 Schliesslich verneinte der psychiatrische Experte das Vorliegen von Inkonsistenzen und würdigte als konsistent die Versuche der Beschwerdeführerin, sich tagsüber zu aktivieren. Ausgeblendet wurden dadurch offensichtlich sowohl die – fragliche – Medikamenten-Compliance als auch das von der Beschwerdeführerin während der neuropsychologischen Abklärung an den Tag gelegte Verhalten, welches an einer hinreichenden und kontinuierlichen Leistungsbereitschaft zweifeln und den Verdacht aufkommen liess, mut-

willig langsam, falsch oder auch beliebig geantwortet zu haben (IV-act. 98/82). Ausserdem bemerkte der neuropsychologische Gutachter den Widerspruch zwischen den gezeigten Einschränkungen und den Angaben der Beschwerdeführerin, im Haushalt, beim Kochen, im Umgang mit elektronischen Geräten sowie administrativen Abläufen keinerlei Schwierigkeiten zu haben und auch längere Autofahrten selbständig unternehmen zu können (IV-act. 98/81; vgl. zum Tagesablauf IV-act. 98/39 f., ferner IV-act. 77/4). Damit ist eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zu verneinen, was neben dem fraglichen Leidensdruck (vgl. E. 5.2.2) für eine fehlende Konsistenz spricht.

5.2.8 Zusammenfassend haben die Gutachter der MEDAS nicht substantiiert dargetan, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hinsicht zu schmälern vermögen. Daher durfte die Beschwerdegegnerin anhand der Indikatoren des strukturierten Beweisverfahrens prüfen, ob der Beweis der von der MEDAS attestierten Arbeitsunfähigkeit erbracht worden ist. Dies muss hier umso mehr gelten, als sich die gutachterlich attestierte 60%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (mit vorgegebenen Aufgaben, ohne Zeitdruck und Übernahme von Verantwortung [IV-act. 98/14]) lediglich an der festgestellten mittelgradigen Ausprägung der depressiven Episode zu orientieren scheint.

5.3 Aus den oben wiedergegebenen Überlegungen zu den Indikatoren liefert das MEDAS-Gutachten vom 29. Oktober 2020 (E. 4.1) selbst nach der Ergänzung vom 30. Dezember 2020 (E. 4.2) kein stimmiges Gesamtbild für eine in allen Lebensbereichen bestehende, schwere Einschränkung, welche auf eine gegenwärtig (lediglich) mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung zurückzuführen ist. Somit liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen von der gutachterlichen Einschätzung gebietet (E. 5.1). Unter diesen Umständen ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin – wie übrigens auch die Beschwerdeführerin (act. 1 S. 8 f.) – dem MEDAS-Gutachten zwar grundsätzlich Beweiswert zuerkennt (vgl. zum Beweiswert von Gutachten BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a), mit Bezug auf die anhand der erhobenen funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen zu beurteilende Arbeitsfähigkeit jedoch auf die vom Gutachten abweichenden, im Einzelnen nachvollziehbaren Schlussfolgerungen des RAD in der Stellungnahme vom 12. Januar 2021 (E. 4.3) abstellt. Selbst unter Berücksichtigung der hohen Variabilität der medizinischen Folgeabschätzung und des dem Arzt dabei zuerkannten Ermessens, rechtfertigt die nicht lege artis vorgenommene psychiatrische Explo-

ration eine Korrektur des Arbeitsfähigkeitsgrades für eine angepasste Tätigkeit um 15 % (vgl. dazu BGE 145 V 361 E. 4.1.2 mit Hinweisen). Es ist somit entsprechend der Einschätzung des RAD von einer Arbeitsfähigkeit von durchschnittlich 55 % in einer angepassten, kognitiv nicht besonders anspruchsvollen Tätigkeit auszugehen. Die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin im Bereich der Hauspflege ist der Beschwerdeführerin seit der Hospitalisation im Mai 2018 nicht mehr zumutbar.

6. Zu prüfen bleibt die erwerbliche Gewichtung der der Beschwerdeführerin verbliebenen Arbeitsfähigkeit von 55 % in angepasster Tätigkeit ab Ablauf des Wartejahres im Mai 2019 (vgl. dazu E. 3.1).

6.1 Die Beschwerdegegnerin bemass das Invalideneinkommen anhand der statistischen Daten der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 2018 (LSE 2018, Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, TOTAL, Frauen, Kompetenzniveau 1) unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für das Jahr 2019, der damals betriebsüblichen Arbeitszeit sowie des zumutbaren Arbeitspensums von 55 % auf Fr. 30'372.– (IV-act. 108/1 und 122/6), was der aktuellen Gerichtspraxis entspricht.

Soweit die Beschwerdeführerin Anpassungen beim Einkommensvergleich bzw. einen höheren leidensbedingten Abzug unter anderem mit dem Gutachten "Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung" von Thomas Gächter et al. vom 22. Januar 2021 sowie dem Gutachten "Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung" des Büro BASS begründet (act. 1 S. 13 f.), ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht mit BGE 148 V 174 die verschiedentlich angeregte Praxisänderung abgelehnt hat. Angesichts der Vorbringen in der Beschwerde besteht kein Anlass, im hier zu beurteilenden Fall anders zu entscheiden.

Sodann ist der geltend gemachte leidensbedingte Abzug von bis zu 20 % (act. 1 S. 15 Rz 51 f.) nicht gerechtfertigt. Einerseits bestehen aus somatischer Sicht keinerlei Einschränkungen für die angestammten Haupt- und Nebenerwerbstätigkeiten (IV-act. 98/13 und 98/46). Andererseits sind die aufgrund des psychischen Leidens bestehenden Einschränkungen quantitativ (erhöhter Pausen- und Regenerationsbedarf) bereits im reduzierten Arbeitspensum berücksichtigt und fallen qualitativ (vorgegebene Aufgaben ohne Verantwortung oder Zeitdruck) durch die Wahl des tiefsten Kompetenzniveaus nicht massgeblich ins Gewicht. Demzufolge ist das von der Beschwerdegegnerin auf Fr. 30'372.– bemessene Invalideneinkommen nicht zu beanstanden.

6.2 Ausgehend von den im Jahr 2017 deklarierten Einkommen in der von der Beschwerdeführerin vor Eintritt der Invalidität vollzeitlich ausgeübten Haupterwerbstätigkeit als Pflegeassistentin (Fr. 62'552.– [IV-act. 7/3]) sowie der Nebentätigkeit als Reinigungsangestellte (Fr. 4'660.–; zur Anrechnung eines Nebeneinkommens, das zusätzlich zum haupterwerblichen Vollpensum erzielt wurde vgl. BGer 9C\_45/2008 vom 3. Juli 2008 E. 4.2) setzte die Beschwerdegegnerin das indexierte Valideneinkommen für das Jahr 2019 auf Fr. 67'932.– fest.

Die Beschwerdeführerin anerkennt die Höhe des Nebenverdienstes macht mit Bezug auf den Hauptverdienst allerdings geltend, dass sie infolge des im Oktober 2017 erlittenen Unfalls nicht AHV-pflichtige Unfalltaggelder in Höhe von Fr. 1'620.– bezogen habe, welche zusammen mit den im Gesundheitsfall erzielten zusätzlichen Zulagen von Fr. 180.70 zum deklarierten Jahreseinkommen addiert werden müssten (act. 1 S. 11 ff. und 10 S. 5). Davon anerkennt die Beschwerdegegnerin die Hinzurechnung von Fr. 1'620.– (act. 5 S. 8).

Die Hinzurechnung von Fr. 1'620.– würde ein hypothetisches Einkommen von Fr. 68'832.– für das Jahr 2017 ergeben (Fr. 62'552.– + Fr. 4'660.– + Fr. 1'620.–). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2019 würde dies ein Valideneinkommen von Fr. 69'569.– ergeben (Fr. 68'832.– / 102.7 x 103.8). Dessen Gegenüberstellung mit dem auf Fr. 30'372.– bemessenen Invalideneinkommen (E. 6.1) würde eine Erwerbseinbusse von Fr. 39'197.– ergeben, und damit den zu einer halben Invalidenrente berechtigenden Invaliditätsgrad von 56 % (Fr. 39'197.– / Fr. 69'569.– x 100). Zum selben Invaliditätsgrad käme man mit dem von der Beschwerdeführerin angestrebten Valideneinkommen von Fr. 69'751.88 (act. 10 S. 5), weshalb nicht weiter darauf einzugehen ist.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde

7. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.– festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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. Es wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– erhoben, die der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem von ihr 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 Rechtsvertreterin 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, 14. April 2023

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am