



# VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

---

## SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz  
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und lic. iur. Ivo Klingler  
Gerichtsschreiberin: MLaw Jeannine Suter

U R T E I L vom 7. November 2022 *[rechtskräftig]*  
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)

A. Die 1963 geborene A.\_\_\_\_\_ meldete sich am 2. Juni 2015 bei der Invalidenversicherung (IV) zur Früherfassung an (IV-act. 1). Die Versicherte war zu jenem Zeitpunkt (nach drei Suizidversuchen) in der Klinik C.\_\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-act. 22 S. 5 ff.). Während dieses stationären Aufenthalts stürzte A.\_\_\_\_\_ auf dem Klinikgelände und verletzte sich dabei am linken Kniegelenk (IV-act. 22 S. 11, 111 S. 12 f.). Aufgrund der Unterlagen und eines kurzen Telefongesprächs mit der Versicherten empfahl die (damals zuständige) IV-Stelle Zürich eine Anmeldung bei der IV vorzunehmen (IV-act. 3, 4). Daraufhin meldete sich A.\_\_\_\_\_ am 9. Juli 2015 mit dem Hinweis auf "Depressionen/Burnout" bei der IV zum Leistungsbezug (berufliche Integration und Rente) an (IV-act. 5). Im August 2015 trat die IV-Stelle Zürich das Aktendossier infolge Wohnsitzwechsels der Versicherten an die IV-Stelle Zug ab (IV-act. 19). Seitens der IV wurden medizinische Unterlagen eingeholt, die Akten der zuständigen Krankentaggeldversicherung beigezogen (vgl. IV-act. 9; sowie insb. das psychiatrische Gutachten zuhanden der Krankentaggeldversicherung vom 21. Februar 2016, IV-act. 31) und das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt (IV-act. 24, 36). Ab dem 23. Mai 2016 (bis Mai 2017) nahm die Versicherte an einem Beschäftigungsprogramm des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums (RAV) Zug teil (Textilatelier Halle 44; vgl. IV-act. 44 S. 3, 97 S. 4).

Mit Vorbescheid vom 23. September 2016 stellte die IV-Stelle der Versicherten eine vom 1. Januar bis 30. April 2016 befristete ganze Rente in Aussicht (IV-act. 40), woraufhin A.\_\_\_\_\_ Einwände erhob (IV-act. 41, 44 S. 1 f.). Nach dem Eingang weiterer medizinischer Berichte erfolgte am 19. Januar 2017 erneut eine Stellungnahme des RAD, worin sich der RAD-Arzt dafür aussprach, dass umgehend wieder mit beruflichen Eingliederungsmassnahmen begonnen werden solle (IV-act. 48). Mit Schreiben vom 26. Januar 2017 wurde A.\_\_\_\_\_ mitgeteilt, dass der Vorbescheid vom 23. September 2016 aufgehoben und sie nach der Durchführung beruflicher Massnahmen einen neuen Vorbescheid erhalten werde (IV-act. 49). Seitens der IV folgten Kostengutsprachen für ein Arbeitstraining vom 1. Mai bis 31. Oktober 2017 (Arbeitstraining D.\_\_\_\_\_; IV-act. 61), für die Verlängerung des Arbeitstrainings vom 1. November 2017 bis 31. Januar 2018 (IV-act. 67) und für einen Arbeitsversuch vom 20. Februar bis 19. August 2018 (Praxis E.\_\_\_\_\_; IV-act. 77). Für die Dauer dieser Eingliederungsmassnahmen erhielt die Versicherte jeweils IV-Taggelder zugesprochen (IV-act. 63, 69, 79).

Nach Ende des Eingliederungsprozesses im August 2018 aktualisierte die IV-Stelle die medizinische und berufliche Aktenlage (vgl. IV-act. 98 ff.) und liess am 25. Februar 2020

abermals ihren RAD Stellung nehmen (IV-act. 121). Mit Vorbescheid vom 21. Juli 2020 stellte sie der Versicherten unverändert eine vom 1. Januar bis 30. April 2016 befristete ganze Rente in Aussicht (IV-act. 128). A. \_\_\_\_\_ erhob wiederum Einwände gegen den Vorbescheid (IV-act. 130, 133) und liess der Verwaltung insbesondere den Bericht der F. \_\_\_\_\_ AG, ambulante Psychiatrie, vom 4. November 2020 (IV-act. 135) zukommen. Der RAD äusserte sich hierzu am 26. November 2020 (IV-act. 136), woraufhin die IV-Stelle am 18. Januar 2021 wie vorbeschieden verfügte (IV-act. 137 i.V.m. 139 = BF-act. 2).

B. Mit Beschwerde vom 17. Februar 2021 liess A. \_\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin) beantragen, es sei ihr eine Rente nach Gesetz zuzusprechen. Eventualiter sei sie bidisziplinär zu begutachten. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der IV-Stelle. In prozessualer Hinsicht sei ihr die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ als unentgeltlicher Rechtsvertreter beizugeben.

Inhaltlich liess die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vorbringen, dass die IV-Stelle die Anforderungen, welche an das Erwecken von lediglich "geringen Zweifeln" gestellt werden dürften, überspannt habe. Auf die Schlussfolgerungen des RAD könne in Anbetracht der divergierenden Beurteilung der F. \_\_\_\_\_ AG (vom 4. November 2020) nicht abgestellt werden. Die Verschlechterung des Gesundheitszustands hänge nicht damit zusammen, dass die Beschwerdeführerin körperlich nicht angepasste Arbeiten ausgeführt habe. Die Panikattacken sowie auch die Schmerzen hätten bereits im Rahmen des 40 %-Pensums im geschützten Rahmen zugenommen. Vielmehr hänge die Verschlechterung offenbar mit der Überschreitung der psychischen Belastungsgrenze zusammen. Diesbezüglich sei daran zu erinnern, dass als arbeitsunfähig auch gelte, wer eine Tätigkeit nur unter der Gefahr der Verschlimmerung des Gesundheitszustands ausüben könne. Genau dies sei hier der Fall (act. 1).

C. Mit Verfügung vom 19. Februar 2021 wurde die Beschwerdeführerin aufgefordert, bis zum 22. März 2021 einen Kostenvorschuss von Fr. 800.– zu bezahlen oder innert derselben Frist ein nunmehr substantiiertes Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung einzureichen (act. 2).

D. Am 11. März 2021 liess die Beschwerdeführerin dem Gericht ein substantiiertes Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung zukommen (act. 3).

E. Mit Verfügung vom 15. März 2021 bewilligte der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts das Gesuch der Beschwerdeführerin um unentgeltliche Rechtspflege und stellte ihr für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in der Person von Rechtsanwalt B. \_\_\_\_\_ einen unentgeltlichen Rechtsbeistand bei (act. 4).

F. Mit Vernehmlassung vom 23. April 2021 schloss die IV-Stelle (nachfolgend auch Beschwerdegegnerin) auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 5).

G. Es erfolgte kein zweiter Schriftenwechsel. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten, geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Am 1. Januar 2022 ist weiter das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung in Kraft getreten (IVG; SR 831.20; Weiterentwicklung der IV, Änderung vom 19. Juni 2020).

Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der strittigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ab; in zeitlicher Hinsicht sind, vorbehältlich abweichender Übergangsbestimmungen, diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung hatten (vgl. etwa BGE 147 V 278 E. 2.1; 144 II 326 E. 2.1.1; 131 V 9 E. 1; 129 V 354 E. 1, je mit Hinweisen).

Die hier angefochtene Verfügung erging am 18. Januar 2021; die zu beurteilende Beschwerde wurde am 17. Februar 2021 der Post übergeben. Anwendbar sind demnach die ab 1. Januar 2021 bzw. bis 31. Dezember 2021 gültigen Normen des ATSG, des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Diese Erlasse werden nachfolgend in der entsprechenden Fassung zitiert.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherungen (Art. 57 ATSG i.V.m. § 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 [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 – fraglos gegeben. Die angefochtene Verfügung datiert vom 18. Januar 2021 und ging beim Rechtsanwalt der Beschwerdeführerin am 19. Januar 2021 ein (vgl. act. 1 S. 3). Mit der am 17. Februar 2021 der Schweizerischen Post übergebenen Beschwerdeschrift ist die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist als Verfügungsadressatin direkt betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift genügt sodann den formellen Anforderungen von Art. 61 lit. b ATSG, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist. Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3. Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Umstritten ist dabei insbesondere, ob der zur Beurteilung des Rentenanspruchs massgebliche Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

4.

4.1 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).

4.2 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).

4.3 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere 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). Die IV-Stelle trifft dabei eine Untersuchungspflicht, d.h. sie hat die notwendigen Abklärungen zum Gesundheitszustand des Leistungsansprechers von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Erforderlich sind weitere Abklärungen so lange, bis der massgebliche Sachverhalt mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist (etwa: BGer 8C\_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.2.1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, Art. 43 N 20). Die Abklärungspflicht erstreckt sich insbesondere auch auf die Arbeits(un)fähigkeit der versicherten Person, die anhand schlüssiger medizinischer Berichte zu ermitteln ist. Lässt sich die Arbeitsfähigkeit mangels schlüssiger medizinischer Berichte noch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beurteilen, sind grundsätzlich weitere Abklärungen zu treffen, ansonsten der Untersuchungsgrundsatz verletzt wird (vgl. etwa Ueli Kieser, a.a.O., Art. 43 N 22 mit Hinweisen).

4.4 Zur Beurteilung sozialversicherungsrechtlicher Leistungsansprüche bedarf es folglich verlässlicher medizinischer Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1). Es gilt das Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG; BGer 8C\_260/2011 vom 25. Juli 2011 E. 5.2). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1).

4.5 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre

auftragsrechtliche Vertrauensstellung und ihren Behandlungsauftrag in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc; BGer 8C\_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3; 8C\_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5 mit Hinweisen). Die Berichte behandelnder Ärzte erlauben daher praxismässig kaum je eine abschliessende objektive Beurteilung des Gesundheitszustands (BGE 135 V 465 E. 4.5; BGer 8C\_370/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 3; 8C\_260/2012 vom 27. Juni 2012 E. 3.3.2).

4.6 Den von versicherungsinternen Ärzten erstellten Berichten und Gutachten kann voller Beweiswert zukommen, wenn sie die dazu erforderlichen Voraussetzungen erfüllen. Damit der Beweiswert von Berichten des RAD nach Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) mit externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar ist, müssen sie den von der Rechtsprechung umschriebenen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen (siehe vorangehende E. 4.4). Die IV-Stellen werden aber stets externe (meist polydisziplinäre) Gutachten einholen, wenn der ausgeprägt interdisziplinäre Charakter einer medizinischen Problemlage dies gebietet, wenn der RAD nicht über die fachlichen Ressourcen verfügt, um eine sich stellende Frage beantworten zu können, sowie wenn zwischen RAD-Berichten und allgemeinem Tenor im medizinischen Dossier eine Differenz besteht, welche nicht offensichtlich auf unterschiedlichen versicherungsmedizinischen Prämissen beruht (BGE 137 V 210 E. 1.2.1 mit Hinweisen). Bestehen selbst nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4; BGer 9C\_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3).

4.7 Den von einer Krankentaggeldversicherung nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt im IV-Verfahren der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (BGer 9C\_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1; 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3; 8C\_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.3).

4.8 Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. So sind etwa konkrete und differenzierte Einwände eines behandelnden Facharztes geeignet, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der Beurteilung des versicherungsinternen Arztes zu wecken (BGer 8C\_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3). Gleiches hat auch für Berichte der Fachleute der Berufsberatung oder der beruflichen Eingliederung zu gelten.

Zwar kommt den medizinischen Abklärungen ein grösseres Gewicht zu, indessen darf Ergebnissen leistungsorientierter beruflicher Abklärungen – mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung – nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abgesprochen werden. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten und -einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (BGer 8C\_661/2019 vom 23. Januar 2020 E. 4.2; 8C\_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1; 8C\_59/2013 vom 22. April 2013 E. 3.3.1; 9C\_737/2011 vom 16. Oktober 2012 E. 3.3).

4.9 Eine psychische Störung kann rechtsprechungsgemäss grundsätzlich nur invalidisierend sein, wenn sie schwer sowie von einer gewissen Dauer ist (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). So lässt sich etwa eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Auch bedeutende therapeutische Potentiale können die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage stellen. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Im Rahmen einer – allfälligen – Begutachtung ist gegebenenfalls durch den medizinischen Sachverständigen oder die medizinische Sachverständige nachvollziehbar aufzuzeigen, inwiefern im Einzelfall 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). Gegebenenfalls ordnet die IV-Stelle unter Hinweis auf die Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht ausserdem therapeutische Massnahmen an und führt, falls nötig, diesbezüglich ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durch (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

5. Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Im Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_\_\_ vom 24. August 2015 (stationärer Aufenthalt vom 22. März bis 24. Juli 2015) werden in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) sowie einer Persönlichkeitsakzentuierung

mit emotional-instabilen und abhängigen Anteilen (ICD-10 Z73.1) gestellt (IV-act. 22 S. 5 ff.). Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung erachteten die behandelnden Ärzte der Klinik als nicht erfüllt (IV-act. 22 S. 9). Die depressive Symptomatik imponiere bei Austritt in die neu aufgegleisten Wohnverhältnisse (eigene Wohnung in G. \_\_\_\_\_/ZG) basal stabil remittiert. Die Patientin sei für das Tageszentrum in G. \_\_\_\_\_ angemeldet und die Betreuung durch die psychiatrische Spitex aufgegleist worden (IV-act. 22 S. 11).

Zur Vorgeschichte wurde festgehalten, dass die Patientin berichte, seit Juli (2014) unter depressiven Symptomen und starken Anspannungszuständen mit wiederholten Selbstverletzungen zu leiden. Als Auslöser habe sie Mobbingprobleme am Arbeitsplatz angegeben. Die Kritik ihres neuen Chefs habe dazu geführt, dass sie vermehrt zu Alkohol gegriffen habe und dass sie erstmalig einen Suizidversuch mit Alkohol und Tabletten am 1. Januar 2015 unternommen habe. Ihr Partner habe sie damals aufgefunden, was zu zunehmenden Problemen in der Beziehung geführt habe. Es sei eine stationäre und anschliessend teilstationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik H. \_\_\_\_\_ erfolgt. Am 20. März 2015 sei es aufgrund partnerschaftlicher Probleme zu einem erneuten Suizidversuch (Tabletten mit Alkohol) und nur zwei Tage später zum dritten Suizidversuch (Pulsaderschnitt, Föhn in die Badewanne geworfen) gekommen. Daraufhin sei nach kurzer Hospitalisation in der psychiatrischen Klinik H. \_\_\_\_\_ die Zuweisung in die psychiatrische Klinik C. \_\_\_\_\_ erfolgt (IV-act. 22 S. 6).

5.2 Beim Sturz auf dem Gelände der Klinik C. \_\_\_\_\_ zog sich die Beschwerdeführerin im Mai 2015 eine Kniegelenksdistorsion links zu und wurde in der Folge durch die Ärzte des Kompetenzzentrum für orthopädische Chirurgie I. \_\_\_\_\_ behandelt.

Im Bericht vom 6. Januar 2016 diagnostizierte Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie eine Ruptur des medialen Meniskusvorderhornes am linken Kniegelenk. Am 28. August 2015 sei die Verletzung operativ versorgt worden, die Prognose sei günstig. Es bestünden leichte körperliche Einschränkungen was die Belastbarkeit des linken Kniegelenks betreffe. Da die Patientin bei ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Merchandiserin vorrangig stehen müsse, könne es zu Problemen kommen (Einschränkung in der Leistungsfähigkeit von 10 %). In einer angepassten Tätigkeit (wechselnd stehend/sitzend, ohne das Heben und Tragen schwerer Lasten) sei ab dem

6. Januar 2016 eine vollzeitliche Tätigkeit (100 %) möglich. Gegen den sofortigen Beginn der Wiedereingliederung würde die psychische Erkrankung der Patientin sprechen, wegen welcher sie noch in Behandlung sei (IV-act. 28 S. 1 ff.).

5.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K. \_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Bericht vom 27. Januar 2016 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit emotional-instabilen Anteilen (ICD-10 Z73.1) fest. Die Patientin zeige leichte bis mittelgradige depressive Symptome, Schlafstörungen und Spannungszustände mit der Tendenz, bei sehr hoher Spannung sich selbst zu verletzen. Gegenwärtig liege (bis auf Weiteres) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (bisherige Tätigkeit). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei noch nicht möglich. Es könne mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden, jedoch erst nach einer nachhaltigen Verbesserung des psychischen Zustandes und Erlangung einer Stabilität (IV-act. 30).

5.4 Am 21. Februar 2016 berichtete Dr. med. Dipl. Psych. L. \_\_\_\_\_, Dignität Psychiatrie und Psychotherapie, im Auftrag der zuständigen Krankentaggeldversicherung über die Exploration der Beschwerdeführerin am 15. Februar 2016 (IV-act. 31). Im Rahmen der Anamnese und auf Nachfrage, weshalb sie noch zu 100 % arbeitsunfähig sei, habe die Versicherte geantwortet, das sei Sache ihrer Psychologin, sie sei da etwas positiver eingestellt. Sie denke, sie könne schon bald anfangen zu arbeiten. Sie sei sehr viel langsamer als vor einem Jahr. Auch ihr Denken sei verlangsamt. Sie habe Angst vor vielen Leuten, aber Puppen an- und ausziehen, das ginge. Der Finger und das Knie seien eigentlich für diese Tätigkeiten wieder in Ordnung. Die Präsentation, Puppen ausstellen und herrichten, ginge sicher auch. Sie sei sicher langsamer geworden bei diesen Tätigkeiten, aber machen könne sie es schon. Für ihren angestammten Beruf mit den Präsentationen von Kleiderpuppen gebe es, so müsse sie selber feststellen, keine funktionellen Einschränkungen (IV-act. 31 S. 14). Doktor L. \_\_\_\_\_ kam zum Schluss, dass keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwertig remittiert (ICD-10 F33.4; Differenzialdiagnose [DD]: Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion [ICD-10 F43.2]) sowie Probleme am Arbeitsplatz (ICD-10 Z56.4, Z56.0). Symptome einer depressiven Störung würden von der Explorandin nicht genannt, sie erfülle jedoch die Kriterien nach ICD-10 F33, die erhöhte Suizidalität rechtfertige diese Diagnose. Die Annahmen der Klinik C. \_\_\_\_\_ könnten bestätigt werden. Inzwischen sei die depressive Episode remittiert, die Arbeitsfähigkeit und Funktionsfähigkeit seien nicht

mehr eingeschränkt. Die Explorandin könne vielfältigen Aktivitäten nachgehen, ihre Vitalfunktionen inklusive Libido seien intakt. Es fänden sich Hinweise auf psychosoziale Problemfelder, dies müsse differenzialdiagnostisch beachtet werden, allerdings sei dies nicht von einer schwergradigen depressiven Episode abschichtbar (besonders wegen der erheblichen Suizidalität). Es sei eine Besserung eingetreten, Funktionsstörungen oder eingeschränkte berufliche Fähigkeiten lägen nicht mehr vor, eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht mehr ausgewiesen. Es sollten weitere Arbeitsunfähigkeitszeugnisse vermieden werden, diese würden eine Krankheitsüberzeugung fördern, die nicht zu rechtfertigen und deshalb kontraproduktiv sei. Ab dem 15. Februar 2016 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Der Versicherten seien bei einem 100%igen Rendement sämtliche Tätigkeiten, angepasst wie angestammt zumutbar (IV-act. 31 S. 14 ff.).

5.5 RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt Praktischer Arzt, führte in der Stellungnahme vom 25. April 2016 aus, dass mit Dr. L. \_\_\_\_\_ davon auszugehen sei, dass die Versicherte seit 15. Februar 2016 sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Die Versicherte sehe dies offenbar selbst ähnlich. Auch durch die Knie-Symptomatik sehe sie sich offensichtlich nicht mehr eingeschränkt. Damit habe nur für einen zeitlich begrenzten Zeitraum vom 1. Januar 2015 bis 14. Februar 2016 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden; eine anhaltende Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit bestehe nicht (IV-act. 36).

5.6 Am 10. November 2016 erklärte Dr. med. N. \_\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (Kompetenzzentrum für orthopädische Chirurgie I. \_\_\_\_\_), er habe die Beschwerdeführerin am 28. August 2015 wegen eines Meniskusrisses und eines Risses des vorderen Kreuzbandes am linken Kniegelenk (vordere Kreuzbandersatzplastik und Innenmeniskusnaht, links) und am 23. September 2016 wegen degenerativer Meniskusveränderungen am rechten Kniegelenk (arthroskopische Gelenkstoilette, rechts) operiert. Zurzeit sei die Patientin zu 100 % arbeitsunfähig. Wann wieder eine Arbeitsfähigkeit eintreten werde, könne noch nicht genau gesagt werden, da sie postoperativ am rechten Bein eine tiefe Beinvenenthrombose bekommen habe (IV-act. 45; vgl. auch den Bericht der behandelnden Angiologin vom 30. September 2016, IV-act. 111 S. 8 f.).

5.7 Doktor K. \_\_\_\_\_ erachtet den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin am 10. Januar 2017 als verbessert. Zusätzlich zur Diagnose einer rezidivierenden

depressiven Erkrankung stelle sie die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Die Patientin sei nun seit geraumer Zeit daran, ihr Arbeitspensum, d.h. Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu steigern (60 % Arbeitsfähigkeit vom 1. Mai 2016 bis 23. September 2016; 30 % Arbeitsfähigkeit vom 1. September 2016 bis 31. Oktober 2016; 80 % Arbeitsfähigkeit vom 1. November 2016 bis 31. Januar 2017). Die Prognose sei sicher als günstig zu beurteilen, die Patientin brauche jedoch noch Zeit und Unterstützung von allen Seiten. Dies jedoch nur noch wenige Monate, was wesentlich kürzer und weniger umfänglich sei, als ein allfälliger Rückfall, welcher durch Überforderung leicht generiert werden könne (IV-act. 46).

5.8 Doktor N. \_\_\_\_\_ berichtete am 16. Januar 2017, dass mit einem längeren Heilverlauf zu rechnen sei. Die Patientin sei in angiologischer Behandlung wegen der Thrombose. Nach seinen Unterlagen habe die Patientin ihre Tätigkeit am 17. Oktober 2016 wieder zu 100 % aufgenommen. Längeres Stehen und Gehen sei der Patientin nicht möglich. Leichte Tätigkeiten im Sitzen sollten zur Verfügung gestellt werden (IV-act. 47 S. 1 ff.).

5.9 RAD-Arzt Dr. M. \_\_\_\_\_ sprach sich am 19. Januar 2017 – nach den Einwendungen der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren – dafür aus, umgehend mit beruflichen Eingliederungsmassnahmen zu beginnen. Zunächst seien rein sitzende Tätigkeiten vorzuziehen, spätestens in zwei Monaten dürften auch bis zu mittelschwere körperliche Tätigkeiten im Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen möglich sein (IV-act. 48).

5.10 Nachdem es im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen zu Krankschreibungen infolge von Hüftproblemen gekommen war (vgl. IV-act. 97 S. 5 ff.), wurde bei der Beschwerdeführerin am 28. Mai 2018 ein MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) durchgeführt (IVG-Arthrose L4/5 und L5/S1, bei L4/5 links mässig aktiviert mit leichtem Bone bruise; Morbus Scheuermann Veränderungen in der unteren Brustwirbelsäule [BWS] und LWS mit leichten osteochondrotischen Veränderungen; nur geringe Protrusionen L2/3 und L4/5, aber keine Hinweise auf Neurokompressionen; IV-act. 96 S. 3).

Im Verlaufsbericht vom 27. August 2018 hielt Dr. N. \_\_\_\_\_ daraufhin eine Verschlechterung des Gesundheitszustands fest. Ende Mai (2018) habe sich ein spondylogenes Schmerzsyndrom entwickelt (IV-act. 96 S. 1 f.).

Die Eingliederungsmassnahmen wurden in der Folge im August 2018 abgeschlossen, wobei das Wunschziel von 80 % bis zum Ende des Arbeitsversuchs nicht erreicht werden konnte (am Schluss: Pensum von 70 %; vgl. IV-act. 97 S. 9).

Nach den Eingliederungsmassnahmen der IV wechselte die Versicherte offenbar wieder in die Halle 44 (Beschäftigungsprogramm des RAV; vgl. hierzu nachfolgende E. 5.13). Ab Oktober 2018 war die Beschwerdeführerin in einem Teilzeitpensum als Springerin im Verkauf tätig (vgl. hierzu IV-act. 117, 126: vom 1. Oktober 2018 bis 6. Februar bzw. 31. März 2020 Teilzeitverkäuferin im Geschäft O.\_\_\_\_\_, Kündigung aus gesundheitlichen Gründen).

5.11 Am 16. April 2019 berichteten die bei der F.\_\_\_\_\_, AG, ambulante Psychiatrie und Psychotherapie, tätigen Dr. med. P.\_\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Lic. phil. Q.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, die Patientin sei seit Juni 2017 bei ihnen in Behandlung (vorher Dr. K.\_\_\_\_\_). Die bisherigen Krankschreibungen seien nicht durch sie erfolgt. Im Rahmen der Integrationsmassnahmen der IV sei der Versicherten aus somatischen Gründen keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit über 60 % gelungen, weder auf dem ersten noch dem zweiten Arbeitsmarkt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Patientin zum jetzigen Zeitpunkt zu 100 % arbeitsfähig, da die depressive Symptomatik weitgehend remittiert sei. Als Restsymptomatik bestünden eine schnelle Ermüdbarkeit und leicht reduzierte Belastbarkeit, wobei diese häufig auch im Zusammenhang mit den limitierenden körperlichen Faktoren stünden (IV-act. 103).

5.12 In der RAD-Stellungnahme vom 25. Februar 2020 führte Dr. med. R.\_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, aus, dass aus den Neuakten vordergründig eine stabilisierte Psyche mit weitgehend remittierter affektiver Störung entnommen werden könne. Gemäss fachärztlich psychiatrischer Beurteilung liege in einer der somatischen Problematik angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die zuletzt ausgeübte, überwiegend stehende Tätigkeit im Verkauf (gemeint ist wohl die Teilzeittätigkeit im Geschäft O.\_\_\_\_\_) müsse aufgrund des als Präarthrose zu wertenden Kniebefunds rechts als nicht optimal angepasst beurteilt werden. In einer angepassten leichten bis gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Hebe-/Tragebelastung von mehr als 10 kg (ausnahmsweise 15 kg), ohne Zwangshaltungen (knien, kauern) und ohne Schläge/Vibrationen auf das rechte Kniegelenk lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Somit habe

lediglich eine zeitlich beschränkte vollständige Arbeitsunfähigkeit (1. Januar 2015 bis 14. Februar 2016) vorgelegen. Die Knie-Operation und die komplizierende tiefe Venenthrombose hätten lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (weniger als drei Monate) bedingt (IV-act. 121).

5.13 Im Bericht vom 4. November 2020 diagnostizierten Lic. phil. Q. \_\_\_\_\_ und Dr. med. S. \_\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärztin Neurologie, eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.1), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie auffällige Persönlichkeitszüge (ängstlich, vermeidende und abhängige). Im April 2019 habe aus psychiatrischer Sicht eine günstige Prognose bezüglich der beruflichen Wiedereingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt bestanden. Trotz regelmässiger Termine in der ambulanten Psychiatrie der F. \_\_\_\_\_ AG sei es der Patientin jedoch nicht gelungen, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen. Im Anschluss an die Berufseingliederung durch die IV sei die Beschwerdeführerin in die Halle 44 des RAV gewechselt. Dort habe sich die Patientin sehr engagiert und motiviert gezeigt und habe von der regelmässigen Tagesstruktur profitieren können. In der Halle 44 sei sie zudem bei der Stellensuche unterstützt worden. Im September 2019 sei sie bezüglich ihrer beruflichen Integration zunehmend unter Druck geraten. Dies habe sich zu einer Panikattacke zugespitzt, aufgrund derer sie sich notfallmässig ins Spital T. \_\_\_\_\_ habe begeben müssen. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit vom 7. bis 20. Oktober 2019 zu 100 % und eine medikamentöse Behandlung gefolgt. Einzige Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt nebst Gelegenheitsjobs sei eine Anstellung im Verkauf (Geschäft O. \_\_\_\_\_) gewesen, in einem 20 %-Pensum als Springerin. Per Ende Januar 2020 habe sie dort die Kündigung erhalten, was sie psychisch sehr belastet habe. Grund für die Kündigung seien unter anderem die wegen Kniebeschwerden limitierte Einsetzbarkeit im Verkauf und der Bedarf an regelmässigen Pausen gewesen. Danach sei eine Zunahme der depressiven und der Angstsymptomatik gefolgt, bis die Patientin schliesslich Mitte Juli (2020) zu 40 % bei der GGZ auf dem zweiten Arbeitsmarkt im Kleiderladen habe starten können. Die erneute Tagesstruktur initiiert durch den Sozialdienst habe sich positiv auf die psychische Verfassung der Patientin ausgewirkt, wobei sich mit der Zeit gezeigt habe, dass 40 % vom Pensum her eine zu grosse psychische und körperliche Belastung darstellen würde. Schliesslich sei ihr Pensum auf 30 % reduziert worden. Dank regelmässiger psychotherapeutischer Begleitung sei es gelungen, die Angstsymptomatik wieder zu reduzieren. Mit weniger Druck durch den Arbeitsplatz habe die Patientin zunehmend gelernt, gut mit Druck umzugehen und sich selber zu coachen. Momentan sei die Arbeitsfähigkeit der Patientin auf dem zweiten Arbeitsmarkt auf 30 %, bei guten Aufbau

steigerbar auf 40 %, zu schätzen. Aus heutiger Sicht habe die psychische Beeinträchtigung ein schwereres Gewicht als zum Zeitpunkt des Verfassens des letzten Berichts an die IV. Die Patientin leide bei zu hohem Druck unter wiederkehrenden Angst- und Panikattacken. Sie sei zudem gefährdet, erneut eine schwere bis mittelgradige depressive Episode zu entwickeln. Es bestehe ein negatives Wechselspiel zwischen psychischen und somatischen Symptomen. In diesem Sinne könne gegenüber der letzten Berichterstattung an die IV von einer Verschlechterung des Zustandes aus psychiatrischer Sicht gesprochen werden (IV-act. 135).

5.14 Hierzu nahm RAD-Arzt Dr. R. \_\_\_\_\_ am 26. November 2020 abschliessend Stellung. Der Versicherten sei die Anstellung als Teilzeit-Verkäuferin (Springerin) in einem Haushaltswarengeschäft per Ende Januar 2020 gekündigt worden, was insoweit nachvollziehbar reaktiv zu einer zumindest vorübergehenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands geführt habe. Die Auflösung des Arbeitsverhältnisses sei mit Einschränkungen aufgrund von Kniebeschwerden begründet worden, wobei hierzu anzumerken sei, dass dies Tätigkeit als Verkäuferin (überwiegend gehend/stehend) nicht einer der Knie-(und Rücken-)Problematik angepassten Tätigkeit entspreche. Bezogen auf die zuletzt im Bericht vom 4. November 2020 von psychiatrischer Seite gestellten Diagnosen, würde weder die therapeutisch angehbare Panikstörung noch die Persönlichkeitsakzentuierung eine länger andauernde oder gar dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer der Knie-/Rückenproblematik angepassten Tätigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht zu begründen vermögen. Gesetztfalls, dass eine über eine Akzentuierung hinausgehende Persönlichkeitsstörung vorläge, wäre zu erwarten gewesen, dass eine solche im Rahmen der erfolgten Begutachtung durch Dr. L. \_\_\_\_\_ objektiviert worden wäre, was jedoch nicht zutreffe. Die residuelle depressive Symptomatik im Sinne einer leichtgradigen depressiven Episode vermöge die behandlerseitig auf lediglich 30 bis 40 % geschätzte Arbeitsfähigkeit in keiner Weise zu begründen; erfahrungsgemäss resultiere hieraus vorbehältlich einer leitliniengerechten Behandlung eine in der Regel vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von höchstens 20 bis 30 %. Eine länger andauernde oder gar dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes lasse sich dem Dossier nicht entnehmen. Vordergründig bleibe die berufliche Neuorientierung, welche sich nebst den Kompetenzen/Fähigkeiten am formulierten ergonomischen Profil (gemäss Stellungnahme vom 25. Februar 2020) zu orientieren habe. Weshalb diese bis dato nicht gelungen sei, lasse sich mit den vorstehenden Diagnosen auf psychiatrischem Fachgebiet nicht erklären (IV-act. 136).

6. In Würdigung der Aktenlage ist Folgendes festzustellen:

6.1 Unbestritten ist, dass das Wartejahr am 1. Januar 2016 abgelaufen und in der Folge bis (mindestens) 14. Februar 2016 aus psychiatrischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen ist. Dies ist mit Blick auf die – bis zu diesem Zeitpunkt – einhellige Aktenlage zu bestätigen.

In Anwendung von Art. 88a Abs. 1 Satz 2 IVV besteht infolgedessen ein Anspruch auf eine ganze Rente bis (mindestens) 31. Mai 2016; und nicht wie von der IV-Stelle verfügt nur bis 30. April 2016 (vgl. zur Rechtsprechung bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente und der Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV: BGer 8C\_36/2019 vom 30. April 2019 E. 5 mit zahlreichen Hinweisen; vgl. zudem Art. 19 Abs. 3 ATSG sowie das Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 4102).

6.2 Wie die nachfolgenden Erwägungen zeigen, kann jedoch für die Zeit danach gestützt auf die vorhandene Aktenlage – aus verschiedenen Gründen – keine abschliessende Beurteilung erfolgen.

6.2.1 Die Beschwerdegegnerin geht zusammen mit RAD-Arzt Dr. R. \_\_\_\_\_ davon aus, dass aus somatischer Sicht eine leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit (ohne Hebe-/Tragebelastung von mehr als 10 kg [ausnahmsweise 15 kg], ohne Zwangshaltungen (knien, kauern) und ohne Schläge/Vibrationen auf das rechte Kniegelenk) zu 100 % zumutbar sei. Die Knie-Operation und die postoperative tiefe Venenthrombose hätten zudem lediglich eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (weniger als drei Monate) bedingt (vgl. vorne E. 5.12, 5.14; IV-act. 137).

Die letztgenannte Einschätzung ist schon deshalb in Zweifel zu ziehen, weil selbst RAD-Arzt Dr. M. \_\_\_\_\_ am 19. Januar 2017 festgehalten hatte, dass infolge der postoperativen Venenthrombose zunächst, bis in zwei Monaten – damit also bis Mitte März 2017 – rein sitzende Tätigkeiten vorzuziehen seien (vgl. E. 5.9). Die Operation des rechten Kniegelenks erfolgte am 23. September 2016. Daraufhin wurde die Beschwerdeführerin am 30. September 2016 notfallmässig bei Dr. med. U. \_\_\_\_\_, FMH Angiologie sowie FMH Allgemeine Innere Medizin, vorstellig (IV-act. 111 S. 8 f.; vor diesem Hintergrund erscheint die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin hinsichtlich

ihrer somatischen Beschwerden gegenüber Dr. L. \_\_\_\_\_ am 21. Februar 2016 [vorne E. 5.4], welche in der Folge vom RAD unkritisch übernommen wurde [E. 5.5], als deutlich zu positiv). Immerhin hielt Dr. N. \_\_\_\_\_ am 16. Januar 2017 fest, dass die Patientin nach seinen Unterlagen ihre Tätigkeit am 17. Oktober 2016 wieder zu 100 % aufgenommen habe und eine sitzende Tätigkeit vollschichtig möglich sei; längeres Stehen und Gehen sei hingegen nicht zumutbar (vgl. E. 5.8). Der behandelnde Arzt bezog sich dabei aber offensichtlich auf die damalige Tätigkeit der Beschwerdeführerin in der Halle 44, wobei sie bloss ein Pensum von 70 % (ab 1. September 2016) bzw. 80 % (ab 1. November 2016) erreichte und – mangels anderweitiger Hinweise – davon auszugehen ist, dass die ergonomischen Vorgaben (zunächst sitzende Tätigkeiten und danach wechselbelastenden Tätigkeiten) im teilgeschütztem Rahmen des Beschäftigungsprogramms des RAV eingehalten wurden (vgl. IV-act. 44 S. 3, 97 S. 4; vgl. zum Tätigkeitsprofil des Beschäftigungsprogramms auch die Angaben der Beschwerdeführerin in ihrem Lebenslauf: IV-act. 55).

Vor diesem Hintergrund ist aus rein somatischer Sicht seit Ende September 2016 bis Mitte März 2017 – damit für mehr als drei Monate – eine massgebliche Verschlechterung ausgewiesen. Eine rein (oder überwiegend) sitzende Tätigkeit entspricht sodann eindeutig nicht dem Tätigkeitsprofil der zuletzt (vor der Gesundheitsschädigung) ausgeübten Tätigkeit als Merchandiserin im Kleidungsgeschäft "V. \_\_\_\_\_" (vgl. hierzu etwa Dr. J. \_\_\_\_\_, wonach die Patientin bei der Arbeit als Merchandiserin "vorrangig stehen müsse"; vorne E. 5.2). Es ist zudem anhand der vorliegenden Aktenlage davon auszugehen, dass die gesundheitlichen (psychischen) Probleme der Versicherten zumindest teilweise zur Kündigung dieses Arbeitsverhältnisses per 30. September 2015 geführt haben (vgl. IV-act. 59 S. 2; ein Kündigungsschreiben befindet sich soweit ersichtlich nicht in den Akten) und sie diese Tätigkeit ohne gesundheitliche Beeinträchtigung weitergeführt hätte. Anderes ist aktuell jedenfalls nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. zur Ermittlung des Valideneinkommens und der Anknüpfung an der bisherigen Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden: BGer 9C\_225/2019 vom 11. September 2019 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Es wäre demnach – schon bloss aufgrund der somatischen Einschränkungen – ein Einkommensvergleich vorzunehmen gewesen, was die Beschwerdegegnerin nicht getan hat. Dafür notwendige Auskünfte – etwa einen "Fragebogen für Arbeitgeber" – wurden von der Verwaltung (soweit ersichtlich) denn auch überhaupt nicht eingeholt. Dies wird sie nachzuholen haben.

6.2.2 Aufgrund der fehlenden beruflichen Auskünfte kann ferner nicht beurteilt werden, inwieweit das zuletzt vom RAD empfohlene wechselbelastende ergonomische Profil der angestammten Tätigkeit als Merchandiserin entspricht. Mit Blick auf die Ausführungen des RAD, wonach überwiegend stehende Tätigkeiten im Verkauf eindeutig nicht angepasst seien (vgl. E. 5.12, 5.14), ist dies zumindest als fraglich anzusehen (vgl. etwa vorstehende E. 5.2; sowie IV-act. 55 mit den Angaben der Versicherten in ihrem Lebenslauf, woraus sich das ergonomische Profil der entsprechenden Tätigkeiten allerdings nicht abschliessend entnehmen lässt). Sollte sich nach Eingang der entsprechenden Auskünfte des ehemaligen Arbeitgebers bestätigen, dass der angestammte Beruf der Versicherten (schon aus somatischer Sicht) nicht als optimal angepasst einzustufen ist, hat (selbst im Falle einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit) so oder anders ein Einkommensvergleich zu erfolgen. Es erschliesst sich nicht, weshalb sich in der angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin keinerlei Ausführungen hierzu finden und infolge der Annahme einer (angepasst) 100%igen Arbeitsfähigkeit direkt darauf geschlossen wird, dass kein Rentenanspruch (mehr) bestehe.

Schliesslich erwecken die Ergebnisse der beruflichen Eingliederung ebenfalls (zumindest geringe) Zweifel an den Feststellungen des RAD, wonach für eine angepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Die Stellungnahmen des RAD lassen jedenfalls eine eingehende Auseinandersetzung mit diesen Ergebnissen – insbesondere unter somatischen Gesichtspunkten – vermissen. Obschon der Beschwerdeführerin durchgehend eine gute Motivation bescheinigt wurde, konnte sie ihr Arbeitspensum nie über 80 % steigern, wobei wiederkehrend (auch) somatische Gründe hierfür angeführt wurden (vgl. IV-act. 97).

6.2.3 Auch bezüglich der psychischen Beschwerden der Versicherten vermögen die Einschätzungen des RAD den Anforderungen an eine beweiswertige medizinische Beurteilung nicht gerecht zu werden.

Es stimmt zwar, dass sich aufgrund des Aktendossiers im Verlauf eine deutliche Stabilisierung der depressiven Symptomatik feststellen lässt (vgl. insb. E. 5.11). Ebenso schlossen die Ärzte der Klinik C. \_\_\_\_\_ (vgl. IV-act. 22 S. 9) sowie Gutachter L. \_\_\_\_\_ (vgl. E. 5.4) eine Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar und begründet aus, weshalb die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung durch Dr. K. \_\_\_\_\_ am 10. Januar 2017 – bei verbessertem Gesundheitszustand der Versicherten und gleichzeitig fehlender

Diagnosebegründung (vgl. E. 5.7) – in der Tat nicht überzeugt. Mit dem Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. S. \_\_\_\_\_ vom 4. November 2020 (vgl. E. 5.13), in welchem sie neu die Diagnose einer Panikstörung stellt und auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten ab September 2019 sowie ein notfallmässiges Aufsuchen des Spitals T. \_\_\_\_\_ hinweist (ein Bericht des Spitals T. \_\_\_\_\_ wurde von der IV-Stelle nicht eingeholt), ist diese Stabilisierung allerdings in Frage zu stellen. Doktor S. \_\_\_\_\_ und Psychologin Q. \_\_\_\_\_ legen ihre Sicht der Dinge schlüssig und nachvollziehbar dar, wenn auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 30 bzw. 40 % vor dem Hintergrund der aktenkundigen Entwicklung gar vorsichtig erscheinen mag und ohne die Zuhilfenahme des Indikatorenkatalogs erfolgte; was bei den Berichten von behandelnden Ärzten aber auch nicht zu beanstanden bzw. vorauszusetzen ist. Im Gegenzug dazu begnügt sich RAD-Arzt Dr. R. \_\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 26. November 2020 damit, die Panikstörung relativ lapidar als "therapeutisch angebar" zu bezeichnen, ohne nachvollziehbar auszuführen, weshalb er darin keine länger andauernde oder gar dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet sieht. Zudem setzt sich Dr. R. \_\_\_\_\_ weder inhaltlich mit den differenzierten und konkreten Einwänden der behandelnden Fachärztin auseinander noch zieht er bei seiner Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Versicherten ("erfahrungsgemäss", "eine in der Regel vorübergehende, höchstens 20 bis 30%ige Arbeitsunfähigkeit") die rechtsprechungsgemäss definierten Standardindikatoren heran. Auch wenn eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definiert (vgl. vorne E. 4.9), benennt die behandelnde Psychiaterin zumindest konkrete Gründe und legt schlüssig dar, weshalb bei der Versicherten aus den gestellten Diagnosen (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode [ICD-10 F33.1]; Panikstörung [ICD-10 F41.0]) funktionelle Einschränkungen resultieren. Hiermit hätte sich wenigstens ein versicherungsinterner Psychiater hinreichend auseinandersetzen müssen.

Zusammenfassend bestehen damit ebenfalls aus psychiatrischer Sicht Zweifel an der Einschätzung des RAD (wobei bereits geringe Zweifel genügen), weshalb sich eine unabhängige psychiatrische Begutachtung nach aktuellem Gutachtenstandard aufdrängt. Diese wird insbesondere über die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ab September 2019 Aufschluss zu geben haben.

6.2.4 Im Weiteren ist aufgrund der Aktenlage von einem stark wechselseitigen Charakter der somatischen und psychischen Beschwerden auszugehen. Solches hielten

zuletzt Dr. S. \_\_\_\_\_ und Psychologin Q. \_\_\_\_\_ am 4. November 2020 ausdrücklich und begründet fest (vgl. E. 5.13). Schliesslich sind auch dem Verlaufsbericht Eingliederung (IV-act. 97) wiederholt sowohl körperliche Einschränkungen als auch psychische Auffälligkeiten (z.B. Dünnhäutigkeit, Stimmungsschwankungen bei kleineren Unstimmigkeiten oder Weinen bei Hektik) zu entnehmen. Exemplarisch sei der Eintrag vom 8. August 2018 angeführt, worin die Reduktion des Pensums im Rahmen des Arbeitsversuchs von 70 auf 80 % "vor allem" mit somatischen Beschwerden begründet und sogleich ausgeführt wird, dass die Versicherte an ihre Belastungsgrenze gestossen sei und vor einigen Wochen einen Nervenzusammenbruch gehabt habe (IV-act. 97 S. 8).

Die zu Rate gezogenen RAD-Ärzte (Dr. M. \_\_\_\_\_, Facharzt Praktischer Arzt, sowie Dr. R. \_\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin) verfügen ferner in keinem der betroffenen Fachgebiete (Psychiatrie und Orthopädie) über die rechtsprechungsgemäss geforderte fachliche Qualifikation zur Beurteilung der vorliegenden Problematik (vgl. vorne E. 4.6).

Nach dem Gesagten gebietet sich nicht zuletzt auch aufgrund des interdisziplinären Charakters der vorliegenden medizinischen Problemlage eine externe (bidisziplinäre) Begutachtung. Die Gutachter werden sich zum Verlauf der gesundheitlichen Beschwerden ab 14. Februar 2016 zu äussern haben und sich in diesem Zusammenhang auch mit den Ergebnissen der Eingliederungsmassnahmen auseinandersetzen müssen. Im Weiteren wird insbesondere im Lichte der neu diagnostizierten Panikstörung die gesundheitlichen Entwicklung seit September 2019 zu beurteilen sein.

6.3 Zusammenfassend kann auf die versicherungsinternen Stellungnahmen vorliegend nicht abgestellt werden. Die IV-Stelle hat den Untersuchungsgrundsatz verletzt; sie hätte ergänzende Abklärungen vornehmen müssen. Darüber hinaus hätte die Verwaltung erwerbliche Auskünfte für die Beurteilung des Valideneinkommens der Versicherten einholen müssen.

Die Sache ist deshalb zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung und zum anschliessenden Neuentscheid über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Nachdem es (unter anderem) darum geht, der bisher vollständig ungeklärten Frage nach der gesundheitlichen Entwicklung seit September 2019 nachzugehen und bezüglich des davorliegenden Zeitraums die

Arbeitsfähigkeit gutachterlich zu klären, erweist sich eine Rückweisung auch unter dem Gesichtswinkel von BGE 139 V 99 E. 1.1 als rechtmässig.

7. Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Beschwerde als begründet. Sie ist in dem Sinne gutzuheissen, als festzustellen ist, dass die Beschwerdeführerin (mindestens) vom 1. Januar bis 31. Mai 2016 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat und die Sache im Übrigen zur weiteren Sachverhaltsabklärung – namentlich zur Einholung eines bidisziplinären Gutachtens (Psychiatrie und Orthopädie) sowie Auskünften des ehemaligen Arbeitgebers – an die IV-Stelle zurückgewiesen wird. Danach wird die Beschwerdegegnerin neu über den Leistungsanspruch der Versicherten – unter Vornahme allfälliger Einkommensvergleiche – zu befinden haben.

8.

8.1 Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG kostenpflichtig. Es ist demnach eine Spruchgebühr zu erheben, welche auf Fr. 800.– festgesetzt wird. Die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung an die Verwaltung wird – als formelles Obsiegen – unter dem Gesichtswinkel der Parteientschädigung praxisgemäss dem materiellen Obsiegen gleichgestellt (BGE 137 V 57 E. 2.1; 132 V 215 E. 6.2 mit Hinweisen). Diese Grundsätze gelten analog auch im Rahmen der Kostenverlegung (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Beschwerdegegnerin vorliegend vollumfänglich kostenpflichtig wird. Die Beschwerdeführerin wurde im Rahmen der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege von der Leistung eines Kostenvorschusses befreit, weshalb ihr nichts zurückzuerstatten ist.

8.2 Ausgangsgemäss ist der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen und MWST) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

---

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als festgestellt wird, dass die Beschwerdeführerin (mindestens) vom 1. Januar 2016 bis 31. Mai 2016 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat und die Sache im Übrigen zur weiteren Sachverhaltsabklärung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurückgewiesen wird.
2. Der Beschwerdegegnerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt.
3. Der Beschwerdeführerin wird zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.– (inkl. Auslagen und MWST) 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), die IV-Stelle des Kantons Zug (Rechnung folgt nach Rechtskraft des Urteils), an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 7. November 2022

Im Namen der  
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER  
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am