



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

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

U R T E I L vom 28. April 2020 *[rechtskräftig]*
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____

Beschwerdeführerin

vertreten durch RAin MLaw B. _____

gegen

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

Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung

(Rente)

S 2018 122

A. Infolge Arbeitsunfähigkeit verlor die 1966 geborene A._____ ihre Anstellung als Mitarbeiterin Leiterplattenkontrolle per 30. September 2012 (IV-act. 10). Am 11. Oktober 2012 meldete sie sich unter Hinweis auf Panikattacken, Depressionen und Angstzustände bei der IV-Stelle Zug zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 2). Nach Durchführung von Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht teilte diese der Versicherten mit Vorbescheid vom 7. Mai 2014 die beabsichtigte Ablehnung des Leistungsbegehrens wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht mit (IV-act. 60). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens beauftragte die IV-Stelle Zug die MEDAS Begaz GmbH Begutachtungszentrum Basel-Land mit einer polydisziplinären Abklärung. Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2016 (IV-act. 88/3-81) stellte sie der Versicherten mit erneutem Vorbescheid vom 19. Januar 2017 die Zusprache einer vom 1. April 2015 bis 31. Juli 2016 befristeten ganzen Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 107). Dagegen erhob diese am 16. Februar 2017 Einwand und begründete ihn am 27. März 2017 (IV-act. 113 und 117). Eine stationäre psychiatrische Behandlung der Versicherten führte zu einer Verlaufsbeurteilung durch Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Zu dessen Gutachten vom 26. April 2018 (IV-act. 141/2-59) äusserte sich die Versicherte am 24. Juli 2018 (IV-act. 157). Daraufhin verneinte die IV-Stelle Zug mit Verfügung vom 19. September 2018 den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades (IV-act. 162).

B. Dagegen erhob A._____ am 22. Oktober 2018 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Gewährung des rechtlichen Gehörs; eventualiter um Zusprechung von Leistungen der Invalidenversicherung; allenfalls um Anordnung eines Gerichtsgutachtens; subeventualiter um Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur Neubegutachtung. In prozessualer Hinsicht ersuchte die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (act. 1 S. 2 f.). Zur Begründung bemängelt sie zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, weil sie sich vor Erlass der leistungsabweisenden Verfügung zu den darin vorgebrachten, einen Rentenanspruch verneinenden Argumenten nicht habe äussern können (act. 1 S. 7 f.). Weiter bestreitet die Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens von Dr. C._____ und rügt die Annahme von Ausschlussgründen bei der Prüfung der Standardindikatoren (act. 1 S. 9 f.).

- C. Mit Verfügung vom 29. Oktober 2018 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwältin M. Law B. _____ wurde ihr als unentgeltliche Rechtsbeistandin bestellt (act. 4).
- D. Mit Vernehmlassung vom 13. November 2018 schloss die Verwaltung unter Hinweis auf das Gutachten von Dr. C. _____ auf Abweisung der Beschwerde (act. 5).
- E. Replicando erhebt die Beschwerdeführerin am 4. Februar 2019 weitere Einwendungen gegen das Gutachten von Dr. C. _____ (act. 9). Diese werden von der Beschwerdegegnerin in der Duplik vom 18. Februar 2019 bestritten (act. 11).
- F. Mit Eingaben vom 23. April 2019 (act. 13) und 2. März 2020 (act. 17) legte die Beschwerdeführerin neuere Arztberichte ins Recht. Zur ersten Eingabe äusserte sich die Beschwerdegegnerin am 3. Mai 2019 (act. 15).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

- 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 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben, stammt doch die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug. Die Verfügung datiert vom 19. September 2018 (BF-act. 2) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich der Beschwerdeführerin eingetroffen (act. 1 S. 3). In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 22. Oktober 2018, wurde gleichentags der Post übergeben und ging am darauffolgenden Tag beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG als gewahrt. Die Beschwerdeführerin ist von der angefochtenen Verfügung direkt

betroffen und zur Beschwerde legitimiert. Die Beschwerdeschrift enthält einen verständlichen Antrag und eine Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile BGer 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile BGer 8C_616/2014 vom 25. Februar 2015 E. 5.3.3.3 und 9C_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach

ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile BGer 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 8C_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

- 2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:
- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können;
 - b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
 - c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 115 V 133 E. 2 mit Hinweisen).

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

3.

3.1 Gemäss Art. 57a Abs. 1 IVG teilt die IV-Stelle der versicherten Person den vorgesehenen Endentscheid über ein Leistungsbegehren oder den Entzug oder die Herabsetzung einer bisher gewährten Leistung mittels Vorbescheids mit. Die versicherte Person hat Anspruch auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 42 ATSG. Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, eine unkomplizierte Diskussion des Sachverhalts zu ermöglichen und dadurch die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7).

Ein Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör, wie er neben der expliziten gesetzlichen Regelung in Art. 42 ATSG auch in Art. 29 Abs. 2 BV garantiert wird, ist das Recht der versicherten Person, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1). Das Vorbescheidverfahren geht indessen über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Endentscheid zu äussern (BGE 142 V 380 E. 5.3 mit Hinweis auf BGE 134 V 97 E. 2.8.2; vgl. auch Urteil BGer 8C_668/2018 vom 13. Februar 2019 E. 4.1). Dies heisst aber nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte. Ob die Verwaltung, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, u.a. von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteile BGer 9C_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1 sowie 9C_449/2014 vom 10. September 2014 E. 3).

3.2 Der Anspruch auf rechtliches Gehör ist formeller Natur. Daher führt dessen Verletzung ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids. Vorbehalten bleiben praxisgemäss Fälle, in denen die Verletzung des Begründungsrechts nicht besonders schwer wiegt und dadurch geheilt wird, dass die Partei, deren rechtliches Gehör verletzt wurde, sich vor einer Instanz äussern kann, welche sowohl Tat- als auch Rechtsfragen uneingeschränkt überprüft. Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung

zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 mit Hinweis).

3.3 Die Beschwerdeführerin sieht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs darin, dass ihr mit Vorbescheid vom 19. Januar 2017 die Zusprache einer befristeten Invalidenrente in Aussicht gestellt worden sei. Vor Verfügungserlass sei ihr nur noch die Gelegenheit gegeben worden, zum Gutachten von Dr. C._____ Stellung zu nehmen. Zu den in der Verfügungsbegründung vorgebrachten Argumenten habe sie sich somit nicht äussern können (act. 1 S. 7 f.).

Demgegenüber stellt sich die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die zwei am Ende von E. 3.1 zitierten Urteile des Bundesgerichts auf den Standpunkt, dass sie nach Gewährung des rechtlichen Gehörs zum Gutachten von Dr. C._____ keinen neuen Vorbescheid habe erlassen müssen (act. 5 S. 3).

3.4 Mit dem ersten Vorbescheid vom 7. Mai 2014 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die beabsichtigte Ablehnung des Leistungsbegehrens wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht durch Verweigerung der Aufnahme einer adäquaten fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit (IV-act. 60). Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens gab sie ein MEDAS-Gutachten in Auftrag.

Mit erneutem Vorbescheid vom 19. Januar 2017 stellte die Beschwerdegegnerin der Versicherten die Zusprache einer vom 1. April 2015 bis 31. Juli 2016 befristeten ganzen Invalidenrente in Aussicht (IV-act. 107). Diese begründete sie damit, dass die Beschwerdeführerin durch Aufnahme einer fachpsychiatrischen Behandlung ihrer Schadenminderungspflicht nachgekommen war, weshalb aufgrund der vom neu behandelnden Dr. med. D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab April 2015 Anspruch auf eine ganze Rente besteht. Gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2016 (IV-act. 88/3-81) ging sie ab der psychiatrischen Untersuchung in der MEDAS im April 2016 von einer Besserung des Gesundheitszustandes und einer psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von nunmehr 30 % aus, was zur Rentenbefristung führte (IV-act. 107/3).

Mit Einwandschreiben vom 27. März 2017 machte die Beschwerdeführerin eine Mitte Juli 2016 eingetretene Verschlechterung geltend, die von den MEDAS-Gutachtern nicht mehr habe berücksichtigt werden können (IV-act. 117/5). Tags darauf, am 28. März 2017, trat sie für 1 ½ Monate in die Klinik E. _____ ein (IV-act. 123/1-8). Dies veranlasste die Beschwerdegegnerin zu einer Verlaufsbeurteilung nach Klinikentlassung. In seinem psychiatrischen Gutachten vom 26. April 2018 verneinte Dr. C. _____ eine Verschlechterung seit der Beurteilung in der MEDAS und attestierte eine volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 141/54). Am 1. Mai 2018 räumte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin die Gelegenheit ein, zum Gutachten von Dr. C. _____ Stellung zu nehmen (IV-act. 142), was diese mit Eingabe vom 24. Juli 2018 tat und Einwendungen gegen die Beweiskraft des Verlaufsgutachtens vorbrachte (IV-act. 157).

In der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2018 (IV-act. 162) wich die Beschwerdegegnerin von der im Vorbescheid vom 19. Januar 2017 (IV-act. 107) in Aussicht gestellten Zusprache einer befristeten ganzen Rente ab und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente gänzlich. Dabei ging sie von einer seit Oktober 2012 bestehenden Arbeitsfähigkeit von 80 % aus, wobei die Einschränkung mit dem neurologischen Teilgutachten der MEDAS begründet wurde. Eine psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit wurde unter Verweis auf das Gutachten von Dr. C. _____ verneint.

3.5 Zur Klärung der Frage, ob die Beschwerdegegnerin vor Erlass der rentenablehnenden Verfügung einen neuen Vorbescheid hätte erlassen müssen, oder ob sie sich mit der Gewährung des rechtlichen Gehörs zum Ergebnis der in Auftrag gegebenen psychiatrischen Beurteilung hätte begnügen können, muss nach der in E. 3.1 zitierten bundesgerichtlichen Rechtsprechung geprüft werden, wie die getätigten medizinischen Abklärungen im vorliegenden Fall zu gewichten sind.

4.

4.1 Im Mai 2013 wurde die Beschwerdeführerin ein erstes Mal psychiatrisch beurteilt. Die Gutachterin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Gutachten vom 31. Mai 2013 folgende Diagnosen (IV-act. 29/6):

- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) seit Juli 2012
- Rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) seit Juli 2012

Weiter gab sie an, im Juli 2012 sei die Versicherte ohne konkreten Auslöser nach einem Panikanfall am Arbeitsplatz kollabiert und habe seither ein zunehmendes Vermeidungsverhalten entwickelt, das auch als primärer Krankheitsgewinn gewertet werden könne. Psychodynamisch könne davon ausgegangen werden, dass mit der emotionalen Öffnung dem neuen Partner gegenüber Insuffizienz- und Schuldgefühle aktiviert worden seien. Weiter werde die depressive Symptomatik von einem unbewussten Regressionsbedürfnis im Sinne des Versorgt-werden-wollens aufrechterhalten. Die Angst- und Paniksymptomatik werde auch in der Hinsicht regressiv gefördert, als der Partner hier wiederum einen stützenden, versorgenden und begleitenden Aspekt übernehme und die Versicherte ihre Selbstverantwortung abgebe. Ein Kausalzusammenhang hinsichtlich einer Reaktivierung traumatogener Inhalte sei nicht zu verzeichnen. Die Versicherte sei zudem explizit auf Flashbacks und Intrusionen exploriert worden. Es hätten sich keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung ergeben. Es seien allerdings Alpträume bezüglich des traumatogenen Inhaltes berichtet worden. Der die Versicherte früher behandelnde Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beschreibe im Bericht vom 8. November 2012 (IV-act. 13) zusätzlich zu den auch hier aufgeführten Diagnosen einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung ca. im Jahre 1981 sowie eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ca. ab 1983. Die erstgenannte Diagnose könne hier nicht bestätigt werden, da die Versicherte im Rahmen der Exploration zu den zeitlichen Aspekten und der Symptomatik nichts berichtet habe. Von einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung sollte erst ausgegangen werden, wenn alle Therapieoptionen ausgeschöpft seien. Zugleich beschreibe Dr. G._____ eine Besserung des Zustandsbildes. Angst und Panikattacken sowie Schlafstörungen seien reduziert. Stimmung und Antrieb hätten sich bei der letzten Kontrolle am 13. Januar 2013 gebessert [recte: 16. Januar 2013 gemäss Bericht vom 22. März 2013 in IV-act. 22]. Eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bestünde bis 31. Januar 2013. Die Prognose werde als positiv günstig bewertet. Die Versicherte könne mittlerweile wieder alleine das Haus verlassen. Insgesamt bestehe Konkordanz bzgl. der diagnostischen Einschätzung der einschränkungs- bzw. arbeitsrelevanten Diagnosen. Lediglich hinsichtlich des prospektiven zeitlichen Verlaufes ergebe sich eine leichte Differenz (IV-act. 29/7-8).

Prognostisch positiv zu werten sei die prinzipiell zukunftsorientierte Lebenseinstellung der Versicherten, die selbst den Wunsch äussere, wieder am Arbeitsprozess teilzuhaben, was mit dem Arztzeugnis von Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeinmedizin, bestätigt werde und sich in der Erwerbsbiographie der vorausgehenden Jahre widerspiegle. Zudem

verfüge die Versicherte über ein positiv besetztes integrales haltgebendes Objekt, geboten durch die ältere Schwester, die sie auch in ihrer weiblichen Identität nach der traumatisierenden Vergewaltigung und der Ehe mit einem gewaltbereiten Mann hindurchgetragen habe, was ihr immer wieder ermöglicht habe, sich auf vertrauensvolle partnerschaftliche Beziehungen einzulassen. Diese stabilisierenden inneren Faktoren, die eben als solche internalisiert seien und der Person daher zur Verfügung stünden, stellten gleichfalls einen positiven Prädiktor dar, sodass davon auszugehen sei, dass bei adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung von einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu rechnen sei (IV-act. 29/8).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. F. _____ aus, hauptsächlich einschränkend wirke sich derzeit die Angststörung aus, welche die Wegfähigkeit der Versicherten beeinträchtige, da sie häufig Begleitung benötige, um das Haus zu verlassen. Quantitativ einschränkend wirke sich die depressive Störung mit reduziertem Durchhaltevermögen und der Erschöpfbarkeit aus. Seit dem Behandlungsbeginn bei Dr. G. _____ am 7. August 2012 sei die Versicherte in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 10 % arbeitsfähig, d.h. einen halben Tag pro Woche im Rahmen einer Exposition zur Wegfähigkeit (IV-act. 29/8-9).

Abschliessend stellte Dr. F. _____ fest, dass sich die Beschwerdeführerin aktuell nicht in fachgerechter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung befinde, sondern lediglich durch ihren Hausarzt mittels medizinischer Hypnose behandelt werde. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit eventuell psychopharmakologischer Therapie, wie sie schon fachgerecht durch Dr. G. _____ durchgeführt worden sei, sei dringendst zu empfehlen und indiziert. Bei adäquater Behandlung sei mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Ab sofort könne mit einer schrittweisen Steigerung begonnen werden (IV-act. 29/9).

4.2 Im Auftrag des Krankentaggeldversicherers untersuchte Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Beschwerdeführerin zweimal.

Im Gutachten vom 8. Juli 2013 diagnostizierte Dr. I. _____ eine mittelgradige rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom gemäss ICD-10 F33.01 und eine Panikstörung gemäss ICD-10 F41.0. Unter Hinweis auf das nach wie vor erheblich ausgeprägte psychiatrische Krankheitsbild verneinte Dr. I. _____ eine Arbeitsfähigkeit und empfahl eine intensivierete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive einer gesteigerten Psychopharmaka-Behandlung. Die aktuelle Behandlung beim Hausarzt

Dr. H._____ erachtete er als nicht ausreichend und steigerungsbedürftig, um die prognostischen Voraussetzungen zu verbessern (IV-act. 40/31-32).

Im Gutachten vom 24. September 2013 stellte Dr. I._____ einen eindeutig verschlimmerten psychopathologischen Befund fest. Das depressive Krankheitsbild erreiche derzeit ein schweres Ausmass mit angedeuteten psychotischen Symptomen. Somit müsse die Diagnostik geändert werden, indem von einer rezidivierenden depressiven Störung, schwergradige Episode, mit angedeuteten psychotischen Symptomen gemäss ICD-10 F33.3 geredet werden müsse. Die depressive Symptomatik sei mit einer deutlichen und von Konzentrationsstörungen sowie Aufmerksamkeitsstörungen geprägten neurokognitiven Beeinträchtigung gekoppelt. Der Panikstörung komme derzeit eine zweitrangige Bedeutung zu. Das Krankheitsbild sei unbedingt behandlungsbedürftig und die derzeitige Behandlung im ambulanten Rahmen nicht ausreichend. Es sei eine stationäre psychiatrische Behandlung unbedingt erforderlich (IV-act. 47/9-10).

4.3 Im April 2015 nahm die Beschwerdeführerin die psychiatrische Behandlung bei Dr. D._____ auf. Im Bericht vom 2. November 2015 diagnostizierte dieser eine schwere posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1). Dazu gab er an, die Beschwerdeführerin sei von den schweren Vergangenheitereignissen sichtbar gekennzeichnet. Sie sei immer unruhig, zittere, klammere sich krampfhaft an die Handtasche, schaue sich um, als ob noch jemand sie beobachten könnte. Es bestehe ein leicht wahnhaftes Erleben. Die Beschwerdeführerin fühle sich beobachtet und verfolgt. Dies gehöre aber eher zur Angststörung. Die Gefühlsstimmung sei depressiv und von Angst und Panik geprägt. Die Beschwerdeführerin leide inhaltlich an anhaltenden Erinnerungen (Intrusionen), einem Wiederaufleben der schrecklichen bedrohenden Situationen (Flashbacks), einem vegetativen Arousal, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen mit Albträumen. Anamnestisch bestünden dissoziative Bewusstseinsverluste. Abschliessend attestierte Dr. D._____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und stellte angesichts der Zunahme der psychopathologischen Symptome in den vergangenen drei Jahren eine ungünstige Prognose (IV-act. 77).

4.4 Die Fachärzte der MEDAS stellten im Gutachten vom 4. Mai 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 88/72-73):

- Rezidivierende Stürze mit kurzer Bewusstlosigkeit unklarer Ätiologie (ICD-10 R55)

- Periarthropathia humero-skapularis rechts (Infraspinatus und Subscapularis) mit Impingement (ICD-10 M75.4 und M75.1)
- Intermittierende Schwindelsymptomatik (ICD-10 H82.0) bei/mit
 - unauffälliger peripherer vestibulärer Funktion
- Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlich-abhängigen, narzisstischen Anteilen (ICD-10 Z73.0)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10 F33.0)
- Sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8)

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (IV-act. 88/73-74):

- Episodische Kopfschmerzen vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2)
- V.a. vorwiegend tendomyogen bedingte Schulterschmerzen rechts (ICD-10 M25.51)
- Abgeschwächter Bicepssehnenreflex rechts, vereinbar mit St.n. einer radikulären C6-Symptomatik rechts (ICD-10 M25.51)
- Chronisches Lumbovertebral-Syndrom bei DD: Unspezifische Kreuzschmerzen, diskogene Schmerzkomponente
 - Hyperlordose der Lendenwirbelsäule
- Beginnende degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule mit relativen Foraminalstenosen C4 bis C6 beidseits gemäss Magnetresonanztomographie vom 6. Januar 2015, aktuell klinisch asymptomatisch
- Klinischer Verdacht auf beginnende Femoro-Patellararthrose beidseits
 - Genua vara
- Spreizfüsse
 - Hallux valgus beidseits
- Leichtgradige Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits (ICD-10 H90.3)

Bei der neurologischen Untersuchung klagte die Beschwerdeführerin über ein leichtes Schwindelgefühl mit Unsicherheit beim Gehen. Oft werde sie bewusstlos. Weiter berichtete sie über alle 3-4 Tage auftretende drückende Kopfschmerzen. Sodann bestünden bewegungsabhängige rechtsseitige Schulterschmerzen, sehr wahrscheinlich tendomyogen bedingt. Der neurologische Gutachter ging davon aus, dass aufgrund der rezidivierenden Stürze mit kurzdauernder Bewusstlosigkeit, welche aktuell 20- bis 25-mal pro Monat aufträten, eine Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Tätigkeiten auf Gerüsten und Leitern sowie Tätigkeiten an Maschinen mit erhöhter Verletzungsgefahr seien der Explorandin nicht mehr zumutbar. Einfache körperliche Tätigkeiten, administrative und organisatorische Tätigkeiten könnten ihr jedoch ganztags zugemutet werden. Aufgrund der bewegungsabhängigen Schulterschmerzen wäre es sinnvoll, wenn Arbeiten über Kopf sowie schwere körperliche Tätigkeiten vermieden werden könnten. In einer entsprechend adaptierten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, wobei

anamnestisch die Bewusstlosigkeit im Sommer 2012 verstärkt aufgetreten sei (IV-act. 88/27-29 und 88/76).

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung gab die Beschwerdeführerin Schmerzen im Nacken-, Schulter und Kreuzbereich an (IV-act. 88/31). Nach Ansicht des rheumatologischen Gutachters schilderte sie ihre Beschwerden sachlich und war bei der klinischen Untersuchung kooperativ. Auch stimmten die klinischen Untersuchungsbefunde mit den anamnestischen Angaben gut überein. Es fänden sich keine Hinweise für Inkonsistenzen. Entsprechend seien weder die Waddell-Zeichen noch die Fibromyalgie-Druckpunkte in relevantem Ausmass vorhanden (IV-act. 88/36). Gemäss der Beschreibung des letzten Arbeitsplatzes müsse aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Dennoch seien die Schulterbeschwerden rechts als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufzuführen, da aufgrund dieser Diagnose bezüglich einer sonstigen Tätigkeit doch erhebliche Einschränkungen bestünden. Eine adaptierte Tätigkeit ohne körperliche Schwerarbeit oder Tätigkeiten für den rechten dominanten Arm oberhalb der Schulterhorizontale sei aus rheumatologischer Sicht aktuell und retrospektiv zu ebenfalls 100 % zumutbar (IV-act. 88/37 und 88/76-77).

Aus otorhinolaryngologischer Sicht habe einzig eine Falltendenz im Rahmen der Prüfung der spinalen Motorik nachgewiesen werden können. Diese könne die anamnestische Gangunsicherheit erklären. Im Rahmen der otoneurologischen Untersuchungsbefunde mit leichtgradiger Hochtonschallempfindungsschwerhörigkeit beidseits bestünden zurzeit keine eigentlichen auditiven Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Seitens der unklaren Sturzsymptomatik sowie Schwankschwindelsymptomatik bei unauffälliger peripherer vestibulärer Funktion, ergäben sich aber trotzdem qualitative Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, so dass sturzgefährdende Tätigkeiten von der Explorandin gemieden werden sollten. Zusammenfassend bestehe in einer angepassten Tätigkeit, unter Berücksichtigung dieser seit 2012 bestehenden qualitativen Einschränkungen, keine (quantitative) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-act. 88/42-43 und 88/77).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, die Versicherte sei in intakten, wenig emotionalen familiären Umständen aufgewachsen. Sozial integriert habe sie als gute Schülerin die Schule durchlaufen. 1981 sei sie sexuell missbraucht worden. Eine Behandlung sei nicht erfolgt. Die Versicherte habe sich weiterhin konstruktiv entwickeln können. In der Schweiz habe sie sich sprachlich integrieren und sich arbeitsbezogen bewähren können. Aus

wirtschaftlichen Gründen habe sie mehrere Arbeitsstellen verloren und sei auch arbeitslos gewesen. Nach partnerschaftlicher Fehlwahl mit häuslicher Gewalt habe sie sich, als Mutter zweier Kinder, aus der schwierigen Ehe scheiden und eine weitere Beziehung eingehen können. Seit Februar 2012 stehe sie in tragfähiger partnerschaftlicher Beziehung. Die Persönlichkeit sei mässig bis gut integriert. Die Selbst- und Fremdwahrnehmung, die innere Bindung und die äussere Beziehung seien erhalten. Die Selbststeuerung und die emotionale Kommunikation seien mässig integriert (IV-act. 88/54-55).

Der psychiatrische Gutachter erachtete die Kriterien für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung als nicht erfüllt. Ein sexueller Missbrauch stelle zwar eine schwere Integritätsverletzung dar, die Versicherte habe jedoch keine Behandlung aufnehmen müssen und sich in der Folge adäquat weiterentwickeln können. Beim Gespräch über den Missbrauch habe sie begreiflicherweise betroffen reagiert, sei aber emotional weich geblieben. Eine stärkere vegetative Reaktion sei ausgeblieben und das Gespräch habe auf andere Themen übergehen können. Auch könne die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) nicht gestellt werden, weil sich diese als Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln könne, sich die Kriterien ausserdem anlässlich der Exploration nicht hätten nachweisen lassen. Auf dem Hintergrund erheblicher psychosozialer Faktoren und emotionaler Konflikte sei es 2012 zur Entwicklung einerseits von Schwindelbeschwerden, andererseits von Ängsten und depressiven Verstimmungen gekommen. Anlässlich der Exploration seien der Schwindel, die Bewusstlosigkeitsanfälle und die Gangunsicherheit für die Versicherte im Vordergrund gestanden. Erwähnenswert sei, dass sich diese Beschwerdesymptomatik anlässlich der Exploration nicht habe objektivieren lassen. Sie werde als sonstige somatoforme Störung (ICD-10 F45.8) kodiert. Anlässlich der Exploration habe sich die Versicherte in leichtgradig depressiver Verstimmung befunden, was als rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradig (ICD-10 F33.0), kodiert worden sei. Weiter nannte der psychiatrische Gutachter erhebliche psychosoziale Faktoren und emotionale Konflikte wie Stellenverluste, Arbeitslosigkeit, schwierige Beziehungen mit gewalttätigen Männern und finanzielle Sorgen (IV-act. 88/55-57).

Mit Bezug auf die Indikatoren zu den Kategorien des funktionellen Schweregrads und der Konsistenz führte der psychiatrische Gutachter aus, die stimmungsbezogenen diagnoserelevanten Befunde seien leichtgradig ausgeprägt. Die Schwindelanfälle seien gemäss Aussage der Versicherten als mittelgradig zu werten. Anlässlich der Exploration hätten sie

sich jedoch nicht objektivieren lassen. Eine relevante Behandlungs- und Eingliederungsresistenz lasse sich nicht nachweisen. Die Versicherte habe die stationär-psychiatrische Behandlung vorzeitig abgebrochen. Spätere nachvollziehbare teilstationäre Behandlungen seien nicht erfolgt. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen könne nicht festgestellt werden. Der behandlungsanamnestische Leidensdruck könne nur bedingt gewürdigt werden, denn es sei zum Abbruch der stationären Behandlung in der Klinik J. _____ (vgl. die Berichte vom 23. Dezember 2013 [IV-act. 49] sowie 10. Februar 2014 [IV-act. 53]) und zu diversen Arztwechseln gekommen. In seiner Stellungnahme zum Mini-ICF gab der Gutachter sodann an, gestützt auf die objektivierbaren Befunde bestünden sowohl in bisheriger, wie auch adaptierter Tätigkeit mittelgradige Beeinträchtigungen bei Flexibilität, Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenzen, Durchhaltefähigkeit und Selbstbehauptungsfähigkeit (IV-act. 88/59-60).

Abschliessend kam der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass rein objektiv betrachtet ab Gutachtensdatum eine 30%ige Leistungsverminderung bestehe (IV-act. 88/69-71 und 88/79).

Gestützt darauf attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin ab Gutachtensdatum eine Einschränkung von 30 % in einer adaptierten Tätigkeit (IV-act. 88/79).

4.5 Aufgrund der 1 ½-monatigen Hospitalisation in der Klinik E. _____ (vgl. Austrittsbericht vom 14. Juni 2017 [IV-act. 123/1-8]) wurde der Psychiater Dr. C. _____ mit einer Verlaufsbeurteilung beauftragt.

Im Gutachten vom 26. April 2018 stellte Dr. C. _____ lediglich die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode, ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0; IV-act. 141/44). Dazu führte er aus, die depressive Stimmung sei im Vorlauf durch mehrere Psychiater festgestellt worden. Sie habe sich auch unabhängig von der Schilderung der Selbstwahrnehmung im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung für dieses Gutachten feststellen lassen. Dagegen liessen sich Interessenverlust und Antriebsstörung nicht nachvollziehen. Die sich dynamisch zeigende Beschwerdeführerin berichte über ein grob unauffälliges soziales Leben mit guten Kontakten innerhalb der Familie und regelmässigen Freizeitkontakten zu Nachbarn. Das Kriterium der leichtgradigen psychomotorischen Hemmung habe in beiden Untersuchungen als eine Verminderung der Mimik direkt beobachtet werden können, sei

allerdings nur leicht ausgeprägt gewesen. Glaubhaft sei weiter, dass es immer wieder zu Gedanken an den Tod komme. Insgesamt lasse sich gestützt auf die wenigen möglichen, einigermassen objektiven Beobachtungen, bei gleichzeitigem Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Aussagen, eine leichtgradige depressive Symptomatik bestätigen (IV-act. 141/46-47).

Unter Hinweis darauf, dass die Explorandin im Leben mehr als einmal sehr effektiv bewiesen habe, dass sie sich stark verändernden Lebensumständen anpassen könne und die hierfür notwendigen Ressourcen problemlos aktivieren könne, verneinte Dr. C._____ eine Persönlichkeitsstörung. Akzentuierte Persönlichkeitszüge fand er wenige (IV-act. 141/48).

Auch der in der MEDAS gestellten Diagnose einer somatoformen Störung konnte sich Dr. C._____ nicht anschliessen, weil die Stürze selber keinesfalls dem Konzept einer solchen Störung entsprächen. Der behandelnde Psychiater Dr. D._____ sei offensichtlich der einzige Mensch ausserhalb des familiären Umkreises der Explorandin, welcher diese Stürze beobachtet habe. Er habe beschrieben, dass die Explorandin bei einem völlig normalen Gang in unspezifische Situationen plötzlich zu Boden sinke, für eine kurze Zeit nicht ansprechbar sei und dann langsam zu sich komme (vgl. Arztzeugnis vom 15. August 2016 [IV-act. 94/4]). Dies entspreche weder im Hinblick auf den Auslöser noch im Hinblick auf die Symptomatik selbst einer sonstigen somatoformen Störung, die im engen Zusammenhang mit belastenden Ereignissen oder Problemen auftrete (IV-act. 141/48).

Zu diesen Stürzen sei es erstmals gekommen, als Dr. D._____ die Explorandin zwecks langsamer Wiedereingliederung im Zentrum K._____ angemeldet habe. Wegen der Stürze sei die Wiedereingliederung nicht begonnen worden. Seither träten die Stürze in unterschiedlichen Häufigkeiten auf. Die Berichte der Klinik E._____ (vgl. Kurzaustrittsbericht vom 9. Juni 2017 [IV-act. 121/1-3] und Austrittsbericht vom 14. Juni 2017 [IV-act. 123/1-8]) seien so formuliert, dass angenommen werden müsse, die Stürze seien nicht beobachtet, sondern von der Explorandin berichtet worden. Die Glaubwürdigkeit solcher Berichte sei jedoch nicht gegeben. Auch die Tatsache, dass Dr. D._____ sie gesehen habe, mache ihre Echtheit nicht über jeden Zweifel erhaben. Die Präsentation von Symptomen gegenüber einer Person, die im Verfahren unterstützend wirken könne, sei ein sinnvolles Mittel zur Erreichung des gesetzten Ziels. Es stellte sich generell die Frage, ob die von Dr. D._____ attestierte dissoziative Störung vor dem

Hintergrund der Akten, seiner telefonischen Angaben (vgl. IV-act. 141/35-36) und der Einschätzung der Glaubwürdigkeit der (von der Beschwerdeführerin) gemachten Angaben nachvollzogen werden könne. Dissoziationen träten meistens, aber nicht ausschliesslich, vor dem Hintergrund psychischer Störungen auf. Ähnliche Zustände träten, wenn auch seltener, bei psychisch Gesunden in Phasen spezieller emotionaler Herausforderung auf. Eine Störung dieser Gruppe lasse sich nicht nachvollziehen. Alle als potenzielle Auslöser in Frage kommenden Ereignisse lägen bereits Jahre zurück und in der Zwischenzeit seien derartige Symptome nie berichtet worden. Aufgetreten seien die Stürze erst, als auf Druck der Invalidenversicherung versucht worden sei, die Explorandin etwas forcierter sozial zu rehabilitieren, um sie später beruflich integrieren zu können. Eine Phase besonderer intrapsychischer Konflikte, die als Auslöser einer vorliegenden Konversionsstörung in Frage kämen, lasse sich für die damalige Zeit nicht nachvollziehen. Auch sei der Verlauf untypisch, schienen doch die Anfälle gemäss den Angaben der Explorandin und von Dr. D._____ zuzunehmen, statt mit der zeitlichen Entfernung zum auslösenden Ereignis abzunehmen. Berücksichtige man den Verlauf der Symptomentwicklung, erscheine dieses psychiatrisch ohnehin absolut untypisch erscheinende Symptom als nicht glaubhaft (IV-act. 141/49-50).

Zur Angst- und Panikstörung führte der Gutachter aus, es sei unklar, seit wann die herabgesetzte Glaubwürdigkeit der Beschwerdeführerin angenommen werden müsse. Es gehöre zu den Auffälligkeiten dieses seit langer Zeit gut dokumentierten Falls, dass die angeblichen (Panik-)Attacken nicht von neutraler Seite beobachtet bzw. dokumentiert worden seien. Auf die entsprechenden Angaben der Explorandin selbst könne nicht abgestellt werden (IV-act. 141/50).

Mit Bezug auf die posttraumatische Belastungsstörung schloss sich Dr. C._____ den früheren Gutachtern an. Aufgrund der Lebensentwicklung der Explorandin nach der Vergewaltigung im Alter von 15 Jahren lasse sich kein Hinweis für eine Beeinträchtigung der Lebensentwicklung durch psychische Symptome nachvollziehen. Es widerspreche dem Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung, anzunehmen, dass die Symptome erst sehr viel später, nach Überwindung der schwierigen Ehe, reaktiviert würden. Die hier vorliegende Zeitspanne sei für eine late onset posttraumatische Belastungsstörung absolut über jedem vorstellbaren Limit. Hierzu komme, dass eine Reaktivierung einer in der Jugend entstandenen posttraumatischen Belastungsstörung eher in der langjährigen Ehe durch die wiederholten Gewalterfahrungen aufgekommen wäre, als erst später. Drittens sei die Schilderung der Symptome nicht glaubhaft. Die

Explorandin berichte gänzlich ohne emotionale Beteiligung. Weder sei ein Hyperarousal spürbar, noch zeige sich eine vegetative Reaktion. Auch die damit zusammenhängende Diagnose einer dauerhaften Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung müsse verneint werden. Eine schwere psychiatrische Störung führe zu einem weitgehenden Verlust praktisch aller alltäglichen Funktionen. Die betroffenen Personen lebten in einem ständigen durchgehenden Gefühl des Misstrauens und manchmal gar einer feindlichen Grundstimmung gegenüber ihrer Umgebung. Dies lasse sich bei der Explorandin nicht ansatzweise beobachten, weder gegenüber Fremden, noch sei dies offensichtlich im Zusammenhang mit der Beziehungsaufnahme zum jetzigen Partner vorhanden. Des Weiteren gehe die anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrebelastung mit einer weitgehenden Nivellierung des Antriebsniveaus einher. Auch hiervon könne bei der Explorandin nicht ansatzweise gesprochen werden. An den beschriebenen Alltagsabläufen liessen sich keine glaubhaften Auffälligkeiten nachvollziehen. Die Beschwerdeführerin pflege ein ganz normales soziales Netzwerk (IV-act. 141/50-51).

Zum Verlauf führte Dr. C. _____ aus, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung lasse sich seit 2012 nachvollziehen. Die damals attestierte Angststörung möge damals vorgelegen haben. Deren Persistenz bis heute lasse sich aufgrund des Aktenverlaufes und der bereits gemachten Angaben zur Glaubwürdigkeit der geklagten Symptome nicht nachvollziehen. Im Rahmen der letzten psychiatrischen Begutachtung sei eine leichtgradige depressive Episode diagnostiziert worden. Die Beschwerdeführerin und Dr. D. _____ machten eine zwischenzeitige Verschlechterung geltend. Dies werde nicht zuletzt durch die in der Klinik E. _____ gestellte Diagnose einer schwergradigen depressiven Symptomatik mit psychotischen Symptomen untermalt. Es liege kein Hinweis dafür vor, dass sich am Ausmass der depressiven Symptomatik seit der polydisziplinären Begutachtung irgendetwas verändert habe. Die meisten Veränderungen würden in Bezug auf die Stürze berichtet. Diese liessen sich jedoch nicht mit einer ausreichenden Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung zuordnen. Insofern sei die geltend gemachte Zustandsverschlechterung seit der Begutachtung nicht nachvollziehbar. Mit Bezug auf die unterschiedliche Diagnosestellung hält Dr. C. _____ fest, dass es sich um eine abweichende Beurteilung eines Zustandes handle, wie er unverändert bereits im Rahmen der Begutachtung in der MEDAS vorgelegen habe (IV-act. 141/51-52).

Abschliessend führte Dr. C. _____ aus, im MEDAS-Gutachten sei festgehalten worden, dass die psychische Störung mit den körperlichen Erkrankungen interagiere, was gut nachvollziehbar sei. Im polydisziplinären Setting sei eine 30%ige Minderung der

Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei weiterhin davon auszugehen. Die psychische Störung selber, jenseits ihres Einflusses auf die Überwindbarkeit der somatischen Beschwerden, sei allerdings von klar untergeordneter Bedeutung. Die depressive Störung alleine wäre, wie bereits in den Gutachten vor Jahren festgehalten, mit einer vollen Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als ungelernte Hilfskraft in einer Fabrik vereinbar. Bei optimaler Anpassung dieser Tätigkeit an die körperlichen Einschränkungen wäre aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben (IV-act. 141/54).

5.

5.1 Gegen das MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2016 (E. 4.4) wandte die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 27. März 2017 eine mangelhafte Berücksichtigung der von den Stürzen verursachten Einschränkungen im Erwerbsleben ein (IV-act. 117/6-7). Dem ist zu entgegnen, dass die von der Beschwerdeführerin als "massiv" beschriebene Schwindelproblematik otoneurologisch nicht objektiviert werden konnte. Auch die offenbar immer häufiger – bei der Hospitalisierung in der Klinik E. _____ angeblich zwei- bis dreimal am Tag (vgl. IV-act. 123/2) – auftretenden Stürze konnten weder während den verschiedenen Untersuchungen in der MEDAS noch von Dr. C. _____ beobachtet werden. Selbst in den Berichten über die beiden mehrwöchigen Klinikaufenthalte wurden keine vom Klinikpersonal beobachteten Stürze angegeben (vgl. IV-act. 49, 53, 121/1-3 und 123/1-8). Als einzige familienexterne Person konnte lediglich der behandelnde Psychiater Dr. D. _____ einige dieser Stürze beobachten (vgl. telefonische Auskunft an Dr. C. _____ vom 17. April 2018 [IV-act. 141/35-36] sowie Arztzeugnis vom 12. April 2019 [BF-act. 4]). Mit diesem Umstand setzte sich Dr. C. _____ aus psychiatrischer Sicht auseinander (IV-act. 141/49-50). Seine Beurteilung, insbesondere die Darlegung des zeitlichen Zusammenhangs mit Wiedereingliederungsmassnahmen und des für die in Frage stehenden psychischen Störungen untypischen Verlaufs, leuchtet ein und vermag zu überzeugen.

Ausserdem ergaben verschiedentliche fachärztliche Abklärungen keine Hinweise auf eine organische oder psychische Ursache dieser Stürze (vgl. Berichte des Zentrums L. _____ vom 23. Januar 2015 [IV-act. 88/83-84], des Spitals M. _____, Neurologie, vom 1. April 2015 [IV-act. 78/8-9], des Zentrums N. _____ vom 23. Februar 2016 [IV-act. 88/89-90] sowie von Dr. med. O. _____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, vom 1. Mai 2017 [IV-act. 121/4-5]). Insbesondere äusserte Dr. med. P. _____, Fachärztin für Neurologie, in dem von Dr. C. _____ beigezogenen Bericht vom

6. Februar 2018 (IV-act. 141/60-62) einen Verdacht auf eine strukturelle Epilepsie. Allerdings erwiesen sich die Untersuchungsbefunde als unspezifisch bzw. weitgehend unauffällig und eine funktionelle Überlagerung konnte nicht ausgeschlossen werden.

Selbst Dr. D. _____ gab im neuesten Bericht vom 15. Februar 2020 (BF-act. 5) an, dass die genaue neurologische oder neuropsychologische Ursache für die unmittelbar nicht kontrollierbaren Bewusstseinsverluste nicht habe geklärt werden können. Die von ihm gestützt auf neuere Forschungsergebnisse geäusserte Hypothese einer Beteiligung des Hirnstamms lässt sich zwar nicht von der Hand weisen. Nicht nachvollziehbar erscheint jedoch einerseits die lange Latenz zwischen den wiederholten Traumatisierungen und dem Auftreten der ersten Bewusstseinsverluste; dies in einer Lebensphase, in welcher die Beschwerdeführerin endlich etwas Ruhe und Geborgenheit erleben durfte. In diesem Zusammenhang leuchtet sodann nicht ein, weshalb die Stürze nur im sicheren familiären Umfeld bzw. in Anwesenheit des behandelnden und damit vertrauten Psychiaters erfolgen, nicht aber z.B. bei den Klinikeintritten oder während den gutachterlichen Untersuchungen. Denn gerade in diesen Situationen ist anzunehmen, dass der Stresstrigger deutlich erhöht und dadurch gemäss den Erläuterungen von Dr. D. _____ eher geeignet sein sollte, den im Hirnstamm verankerten Überlebensreflex zu aktivieren, was zum Bewusstseinsverlust führt. Aus diesen Überlegungen vermögen die Darlegungen von Dr. D. _____ im jüngsten Bericht die gutachterlichen Schlussfolgerungen nicht in Frage zu stellen.

Insgesamt ist es unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, wenn sowohl die Gutachter der MEDAS als auch Dr. C. _____ den Stürzen nicht das von der Beschwerdeführerin erwartete Gewicht beimessen.

5.2 Gegen die beweisrechtliche Verwertbarkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. C. _____ vom 26. April 2018 (E. 4.5) wendet die Beschwerdeführerin weiter eine ungenügende Auseinandersetzung mit den Vorakten ein (act. 1 S. 9). Dem ist zu entgegen, dass im Gutachten sowohl bei der Beurteilung der Vorgeschichte als auch in der Diskussion der Diagnosekriterien auf die aus psychiatrischer Sicht relevanten ärztlichen Stellungnahmen Bezug genommen wurde (IV-act. 141/36-39 und IV-act. 141/47-51).

Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, das Gutachten sei durch den wiederholten Vorwurf der Simulation und Rentenbegehrlichkeit nicht ergebnisoffen (act. 9 S. 4 f.). Auch

dieses Vorbringen ist unbehelflich. Medizinische Gutachter haben die Aufgabe, gezeigte Symptome und geltend gemachte Beschwerden auf ihre Glaubwürdigkeit hin zu überprüfen. Es ist gerade Aufgabe der Gutachter, allseitige Befunde zu erheben und deren Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu zählen insbesondere Angaben zum beobachteten Verhalten, Feststellungen über die Inkonsistenz und Vagheit der gemachten Angaben und über Hinweise, welche zur Annahme von Aggravation oder gar Simulation führen. Auch sich manifestierende fehladaptive Prozesse sind deutlich als solche zu benennen. Schliesslich weist nichts darauf hin, dass die psychiatrische Begutachtung (mit einlässlicher Darstellung der Vorgeschichte, der aktuellen Beschwerden, des Befundes sowie der Epikrise samt Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit) nicht sorgfältig oder der konkreten Fragestellung nicht angemessen vorgenommen worden wäre.

5.3 Insgesamt entsprechen sowohl das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2016 als auch das psychiatrische Verlaufsgutachten von Dr. C._____ vom 26. April 2018 den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. So sind sie für die streitigen Belange umfassend, beantworten sie doch in schlüssiger Weise die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und beruhen auf eingehenden und allseitigen fachärztlichen Untersuchungen. Die Gutachter schilderten ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich detailliert damit sowie mit dem Verhalten und der unbestrittenermassen schweren Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin auseinander. Auf diese Gutachten darf somit abgestellt werden, womit kein Raum für die von der Beschwerdeführerin beantragte erneute Begutachtung bleibt (vgl. dazu act. 1 S. 2).

5.4 Obwohl nun zwei beweiskräftige Gutachten vorliegen, darf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS – anders als in der Begründung der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2018 (vgl. IV-act. 162/3) – nicht durch das spätere Gutachten von Dr. C._____ ersetzt werden. Ein solches Vorgehen würde der unzulässigen Einholung einer "second opinion" gleichkommen, wurde doch das MEDAS-Gutachten vom RAD sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht als valide medizinische Grundlage beurteilt (IV-act. 89 f.; vgl. zur "second opinion" Urteil BGer 8C_957/2010 vom 1. April 2011 E. 6.1 mit Hinweisen). Die Abklärung bei Dr. C._____ hätte somit richtigerweise ausdrücklich als Nach- bzw. Verlaufsbegutachtung erfolgen sollen (vgl. die entsprechende RAD-Stellungnahme vom 3. Juli 2017 [IV-act. 127]), was allerdings weder

im Gutachtensauftrag vom 18. Juli 2017 noch im standardisierten Fragenkatalog Niederschlag gefunden hatte (IV-act. 131 f.). Dementsprechend beschränkte Dr. C. _____ seine Ausführungen nicht auf die spezifische Problematik eines Verlaufsgutachtens, sondern äusserte sich zum gesamten Verlauf des psychischen Gesundheitszustands. Dennoch räumte er ein, eine abweichende fachliche Meinung als der MEDAS-Psychiater zu vertreten, und verneinte eine Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung in der MEDAS (IV-act. 141/52). Aus diesem Grund ist für die Zeit bis zur Begutachtung in der MEDAS auf das polydisziplinäre Gutachten abzustellen. Für die Zeit danach ist gestützt auf das Gutachten von Dr. C. _____ von unveränderten Verhältnissen auszugehen (vgl. auch act. 1 S. 9).

6.

6.1 Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben an ein Gutachten ergibt sich aus BGE 141 V 281, dass die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG nicht erbringen kann, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung. Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Im Rahmen der Beweismwürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 144 V 50 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 6).

6.2 Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen). Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil BGer 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

6.3 Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3):

- Kategorie "funktioneller Schweregrad"
 - Komplex "Gesundheitsschädigung"
 - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde
 - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz
 - Komorbiditäten
 - Komplex "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen)
 - Komplex "Sozialer Kontext"
- Kategorie "Konsistenz" (Gesichtspunkte des Verhaltens)
 - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen
 - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

6.4 Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus juristischer Sicht soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer

Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3).

6.5

6.5.1 Mangels einer Diagnose aus dem somatoformen Kreis äusserte sich der psychiatrische Gutachter der MEDAS entsprechend der damaligen Rechtspraxis nur teilweise zu den verschiedenen Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281. Äussert sich ein nach altem Verfahrensstandard eingeholtes Gutachten nicht zu den Standardindikatoren, verliert es nicht per se seinen Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls unter Berücksichtigung der spezifischen Gegebenheiten und der erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandene Beweisgrundlage vor Bundesrecht standhält. In sinngemässer Anwendung der nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob das vorliegende Gutachten - gegebenenfalls im Kontext mit den weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 mit Hinweis).

6.5.2 Im MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2016 finden sich jedoch einschlägige Ausführungen, die einer Prüfung der Standardindikatoren gleichkommt (vgl. insbes. in E. 4.4 wiedergegebenes IV-act. 88/54-55 und 88/59). Dadurch erlaubt das Gutachten eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Der psychiatrische Gutachter befasste sich eingehend mit dem Gesundheitsschaden, dem sozialen Kontext und der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin, inkl. der selbst in schwierigen Umständen (Vergewaltigung, Ehe mit häuslicher Gewalt) an den Tag gelegten persönlichen Ressourcen, die es ihr erlaubten, sich adäquat weiter zu entwickeln. Weiter äusserte er sich zur Konsistenz mit Bezug auf die ungleiche Einschränkung des alltäglichen Aktivitätenniveaus und den fraglichen Leidensdruck bei vorzeitigem Abbruch der ersten – später auch der zweiten – stationären Behandlung. Gestützt auf seine nachvollziehbaren

und überzeugenden Ausführungen lässt sich aus juristischer Sicht feststellen, dass sich auch mit Blick auf die Standardindikatoren kein Nachweis für eine über 30 % hinausgehende Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens durch die diagnostizierten Störungen findet.

6.6 Zusammenfassend lässt sich in einer Gesamtwürdigung auf eine lediglich leichtgradige versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Symptomatik schliessen. Damit erscheint die im MEDAS-Gutachten vom 4. Mai 2016 auf 30 % eingeschätzte Einschränkung der Leistungsfähigkeit in der angestammten und angepassten Tätigkeit ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung in der MEDAS (13. April 2016 [IV-act. 88/45]) als plausibel. Daran vermag auch die anderweitige Einschätzung von Dr. C. _____ nichts zu ändern, zumal er selbst eine nachträgliche Veränderung verneinte und einräumte, dass es sich lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts handle.

7. Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ab Anmeldung zum Leistungsbezug im Oktober 2012 (IV-act. 2) bzw. sechs Monate danach (Art. 29 Abs. 1 IVG) bis zur Begutachtung äusserten sich die MEDAS-Gutachter nicht. Im Vorbescheid vom 19. Januar 2017 gedachte die Beschwerdegegnerin, auf den Angaben des die Beschwerdeführerin ab April 2015 behandelnden Dr. D. _____ abzustellen, welcher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (E. 4.3). Dieses Vorgehen wurde von der Beschwerdeführerin implizit gutgeheissen (act. 117 S. 2-5). Auch die beiden Gutachter Dres. F. _____ und I. _____ attestierten 2013 eine 90- bzw. 100%ige Arbeitsunfähigkeit und erwarteten eine namhafte Besserung erst einige Monate nach Aufnahme einer fachpsychiatrischen Behandlung (E. 4.1 und 4.2). Es liegt kein Grund vor, von den echtzeitlichen Angaben dieser drei Fachärzte abzuweichen. Die von den Gutachtern attestierte höhere Arbeitsfähigkeit lässt sich mit den von den Dres. F. _____ und I. _____ geäusserten Prognosen vereinbaren. Wann die Besserung tatsächlich eingetreten ist, kann im heutigen Zeitpunkt nicht mehr erstellt werden, weshalb bis zur Begutachtung in der MEDAS von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist.

8. Bei 100%iger Arbeitsunfähigkeit war die Beschwerdeführerin bis April 2016 erwerbsunfähig und hätte somit ab 1. April 2013 (sechs Monate nach der Anmeldung im Oktober 2012 [IV-act. 2]; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) grundsätzlich Anspruch auf eine ganze Rente gehabt.

8.1 Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 22 E. 4a mit Hinweisen). Dieses Gebot der Selbsteingliederung ist Ausdruck des in der ganzen Sozialversicherung geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (vgl. BGE 120 V 368 E. 6b, 117 V 275 E. 2b), wobei jedoch von der versicherten Person nur Vorkehren verlangt werden können, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a). Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht sind dort strenger, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehren Rentenleistungen auslöst (BGE 113 V 22 E. 4d; SVR 2007 IV Nr. 34 S. 121 E. 3.1; Urteil BGer 8C_128/2007 vom 14. Januar 2008 E. 3.1).

In Konkretisierung dieser allgemein geltenden Schadenminderungspflicht sieht Art. 7 IVG vor, dass die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen muss, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (Abs. 1). Die versicherte Person muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen. Darunter fallen unter anderem die medizinischen Behandlungen nach Krankenversicherungsgesetz (Abs. 2 lit. d).

Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar.

8.2 Bis 16. Januar 2013 war die Beschwerdeführerin bei Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung (vgl. Berichte vom 1. Oktober 2012 [IV-act. 17/11-14], 8. November 2012 [IV-act. 13] und 22. März 2013 [IV-act. 22]).

Danach wurde die Behandlung per 21. Januar 2013 vom Hausarzt Dr. H. _____ übernommen (vgl. den undatierten und nicht unterzeichneten Bericht in IV-act. 23).

Aufgrund der Ausführungen der Gutachterin Dr. F. _____ (E. 4.1) zur ungenügenden damaligen Behandlung sowie der Empfehlung des RAD (Stellungnahme vom 10. Juni 2013 [IV-act. 32]) forderte die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 2. Juli 2013 sowie 27. August 2013 die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf ihre Schadenminderungspflicht und auf die gesetzlichen Folgen deren Verletzung auf, sich einer fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen (IV-act. 34 und 41). Dagegen opponierte Dr. H. _____ vehement (vgl. Schreiben vom 9. Juli 2013 [IV-act. 36] und 28. August 2013 [IV-act. 42]). Nachdem auch der Gutachter Dr. I. _____ die Behandlung als nicht ausreichend beurteilt hatte (E. 4.2) und der RAD empfohlen hatte, an der auferlegten Schadenminderungspflicht festzuhalten (Stellungnahme vom 20. Januar 2014 [IV-act. 51]), wurde die Beschwerdeführerin am 29. Januar 2014 ein drittes Mal unter Androhung der gesetzlichen Folgen aufgefordert, sich einer fachärztlichen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu unterziehen (IV-act. 52). Daraufhin teilte Dr. H. _____ mit, dass sich die Beschwerdeführerin nunmehr in delegierter Psychotherapie bei seiner Frau befinde (Schreiben vom 18. Februar 2014 [IV-act. 54]). Nach Rücksprache mit dem RAD (Stellungnahme vom 24. März 2014 [IV-act. 55]) teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass diese Behandlung nicht der geforderten Behandlung entspreche und setzte eine letzte Frist bis Ende April 2014 an (Schreiben vom 3. April 2014 [IV-act. 56]). Wiederum bekundete Dr. H. _____ sein Unverständnis (Schreiben vom 7. April 2014 [IV-act. 57]). Erst im April 2015 nahm die Beschwerdeführerin die Behandlung beim Psychiater Dr. D. _____ auf (E. 4.3 und IV-act. 71).

8.3 In ihrem Einwandschreiben vom 27. März 2017 stellte sich die Beschwerdeführerin auf dem Standpunkt, dass ihr ein Therapeutenwechsel nicht zumutbar gewesen sei (IV-act. 117/3-5). Dem kann nicht gefolgt werden. So war sie 2012 in der Lage, die Behandlung bei Dr. G. _____ aufzunehmen, 2013 zu Dr. H. _____ zu wechseln und sich 2015 zu Dr. D. _____ zu begeben. Auch die geltend gemachte hohe Therapiemotivation ist zu relativieren. So brach die Beschwerdeführerin die stationäre Behandlung in der damaligen Psychiatrischen Klinik J. _____ ab, um ihre Schwester zu empfangen. Zu der ihr in der Klinik nahegelegten ambulanten Nachbehandlung liess sie sich nicht motivieren (vgl. Bericht vom 23. Dezember 2013 [IV-

act. 49]). Dies weist darauf hin, dass ihr einen Arztwechsel wohl zumutbar gewesen wäre, sie es aber vorzog, bei ihrem Hausarzt zu bleiben.

Gemäss dem Medizinalberuferegister und dem Ärzteverzeichnis der FMH verfügt Dr. H. _____ lediglich über den Facharzttitle für Allgemeine Innere Medizin. Weiter weist er eine Weiterbildung für medizinische Hypnose auf. Unabhängig von seinen Fähigkeiten als Psychotherapeut ist er für eine fachärztliche psychiatrische Behandlung, insbesondere für die Behandlung des psychischen Leidens der Beschwerdeführerin, nicht genügend qualifiziert, was auch die Gutachter Dres. F. _____ und I. _____ eindeutig feststellten (E. 4.1 und 4.2).

Demzufolge war die Beschwerdeführerin verpflichtet, sich der zumutbaren Behandlung zu unterziehen und die dazu nötige Motivation aufzubringen. Indem sie dies jahrelang verweigerte, kam sie ihrer Mitwirkungs- beziehungsweise Schadenminderungspflicht nicht nach. Auf die Folgen einer solchen Pflichtverletzung wurde sie mehrmals hingewiesen.

8.4 Sind alle Tatbestandsvoraussetzungen des Art. 21 Abs. 4 ATSG erfüllt, ist die Rechtmässigkeit der Leistungskürzung zusätzlich davon abhängig, ob das Kürzungsausmass mit Blick auf die erhoffte Auswirkung der zumutbaren Massnahme auf den Erwerbsschaden verhältnismässig ist (Urteil BGer I 824/06 vom 13. März 2007 E. 4).

Die Gutachter Dres. F. _____ und I. _____ gingen davon aus, dass die Beschwerdeführerin nach Aufnahme einer fachpsychiatrischen Behandlung eine volle Arbeitsfähigkeit wiedererlangen sollte (E. 4.1 und 4.2), womit sie nur für eine beschränkte Zeit eine Invalidenrente hätte beanspruchen müssen. Somit war die von der Beschwerdegegnerin 2017 beabsichtigte Rentenverweigerung bis zur Aufnahme der Behandlung bei Dr. D. _____ im April 2015 auch unter dem Gesichtspunkt der Verhältnismässigkeit rechtens.

8.5 Aus diesen Gründen ist infolge Erwerbsunfähigkeit der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente vom 1. April 2015 bis 31. Juli 2016 (3. Monat ab Eintritt der Verbesserung; Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) ausgewiesen.

9. Ab der Begutachtung in der MEDAS ist die Beschwerdeführerin zu 70 % in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig (vgl. E. 6.6). Für die Bestimmung des Rentenanspruchs ab dem 1. August 2016 ist ein Einkommensvergleich durchzuführen.

9.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2; BGE 128 V 174; Urteile BGer 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.1 und 9C_22/2014 vom 18. Februar 2014 E. 4.3).

9.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Die Erwerbsbiographie der Beschwerdeführerin, wie sie sich aus dem IK-Auszug ergibt (IV-act. 161), ist seit 2009 von verschiedenen kurzzeitigen Anstellungen und dazwischen Phasen der Arbeitslosigkeit gekennzeichnet. Diese Unterbrüche lassen sich nicht auf einen Gesundheitsschaden zurückführen. Auch bei der letzten Arbeitgeberin war die Beschwerdeführerin zunächst sechs Monate tätig, danach zwei Monate arbeitslos und anschliessend bis zur Kündigung infolge Arbeitsunfähigkeit wieder sechs Monate angestellt (IV-act. 161). Angesichts der kurzen Anstellungsdauer von einem halben Jahr kann das im letzten Anstellungsverhältnis erzielte Einkommen als Mitarbeiterin Leiterplattenkontrolle nicht als Grundlage für die Ermittlung des Valideneinkommens herangezogen werden. Vielmehr ist von den gemäss vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen auszugehen (LSE; vgl. Urteil BGer 8C_25/2014 vom 5. Juni 2014 E. 4.2.2 mit Hinweisen). Dabei sind allerdings grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden

(Urteile BGer 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2).

9.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung wiederum die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/bb). Der Beizug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Ulrich Meyer/Marco Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Dies ist vorliegend der Fall, denn die Beschwerdeführerin hat die Erwerbstätigkeit trotz Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit noch nicht aufgenommen.

9.4 Darf für das Validen- und das Invalideneinkommen dieselbe Bemessungsgrundlage herangezogen werden, erübrigt sich deren genaue Ermittlung: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit, dies unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Prozentvergleich; vgl. Urteile BGer 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.5 und 8C_628/2015 vom 6. April 2016 E. 5.3.5).

Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2018 den Abzug auf 10 % bemessen. Dies erscheint angesichts des Alters der Beschwerdeführerin, ihrer guten Sprachkenntnisse, des Aufenthaltsstatus, der ihr verbleibenden, doch erheblichen Arbeitsfähigkeit sowie der in Frage kommenden (Hilfs-)Tätigkeiten als angemessen, weshalb das Invalideneinkommen, unter Berücksichtigung der attestierten 30%igen Arbeitsunfähigkeit, 63 % des auf 100 % angesetzten Valideneinkommens beträgt ($100 \% \times 0.7 \times 0.9$). Daraus resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37 % ($100 \% - 63 \%$), weshalb die der Beschwerdeführerin zuzusprechende Rente auf den 31. Juli 2016 zu befristen ist.

10.

10.1 Es bleibt zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin vor Erlass der rentenablehnenden Verfügung einen neuen Vorbescheid hätte erlassen müssen, oder ob sie sich mit der Gewährung des rechtlichen Gehörs zum Ergebnis der in Auftrag gegebenen psychiatrischen Begutachtung durch Dr. C._____ hat begnügen dürfen (vgl. E. 3.5).

Der geschilderte Ablauf der verschiedenen gutachterlichen Abklärungen zeigt, dass die Beschwerdegegnerin zunächst gestützt auf die Gutachten der Dres. F. _____ und I. _____ sowie auf die Angaben des behandelnden Psychiaters Dr. D. _____ von einer zeitweiligen 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging. Gestützt auf die psychiatrische Begutachtung durch Dr. C. _____ legte sie ihrem Rentenentscheid einen nunmehr wesentlich veränderten Sachverhalt zugrunde. Dadurch bewirkte sie, dass die Schlussfolgerungen von Dr. C. _____ zu einem wesentlich anderen Ergebnis führten, als die gemäss Vorbescheid vom 19. Januar 2017 in Aussicht gestellte Rentenzusprache. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens muss es einer versicherten Person möglich sein, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid selbst zu äussern. Dies war der Beschwerdeführerin vorliegend nicht möglich. Seinem Auftrag entsprechend hatte sich Dr. C. _____ hauptsächlich über den Verlauf seit der Begutachtung in der MEDAS geäußert. Seine Ausführungen zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen April 2015 und den Untersuchungen in der MEDAS im April 2016 deklarierte er ausdrücklich als eine abweichende Beurteilung des von den früher involvierten Ärzte bereits gewürdigten Gesundheitszustandes. Aufgrund dieses Verlaufsgutachtens hätte die Beschwerdeführerin nicht damit rechnen müssen, die ihr für die Vergangenheit in Aussicht gestellte befristete Rente zu verlieren. Vor einer derart einschneidenden Änderung des Rentenentscheids hätte ein neuer Vorbescheid ergehen müssen, weshalb die Beschwerdegegnerin mit der Beschränkung auf die Einholung einer einfachen Stellungnahme zum Verlaufsgutachten das rechtliche Gehör verletzt hat.

10.2 Zusammenfassend wäre die angefochtene Verfügung vom 19. September 2018 aus formellen Gründen aufzuheben und die Sache zur rechtsgenügenden Durchführung des Vorbescheidverfahrens an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies würde jedoch vorliegend zu einem Leerlauf führen (vgl. E. 3.2). Wie sich aus den obigen Erwägungen ergibt, erweist sich die mit dem letzten Vorbescheid in Aussicht gestellte Zusprache einer befristeten Rente als rechtens, was zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde führt (E. 8.5). Ein weiterer Rentenanspruch ist nicht ausgewiesen (E. 9.4). Dadurch ist der Beschwerdeführerin durch die Gehörsverletzung kein Nachteil entstanden. Denn zur Zusprache einer befristeten Rente konnte sie sich bereits am 27. März 2017 äussern (IV-act. 117). Angesichts des voraussichtlichen Ausgangs des Prozesses in der Sache ist auf eine Rückweisung zur förmlichen Gewährung des rechtlichen Gehörs zu verzichten.

11. Aus diesen Gründen ist die angefochtene Verfügung vom 19. September 2018 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und der Beschwerdeführerin vom 1. April 2015 bis 31. Juli 2016 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.

12. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Der Beschwerdeführerin ist zulasten der Beschwerdegegnerin eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG auszurichten, welche ermessensweise auf Fr. 3'000.– (inkl. Barauslagen und MwSt.) festzusetzen ist.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle Zug vom 19. September 2018 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin vom 1. April 2015 bis 31. Juli 2016 Anspruch auf die ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.– werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin B._____, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'000.– (inkl. Barauslagen und MWSt.) zu bezahlen.
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 (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, 28. April 2020

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am