



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 14. April 2020
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

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

betreffend

Invalidenversicherung
(Rente)

S 2018 55

A. Unter Hinweis auf eine Bandscheibenprotrusion mit Arbeitsunfähigkeit seit April 2014 meldete sich die 1970 geborene und als kaufmännische Angestellte erwerbstätige A._____ am 4. Februar 2015 bei der IV-Stelle Zug zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 6). Im Vorbescheid vom 11. Dezember 2015 stellte die IV-Stelle Zug fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit nur vom 22. April 2014 bis 16. Juni 2015 erstellt sei. Ein Rentenanspruch aber frühestens im August 2015 entstehen könnte, weshalb die Anspruchsvoraussetzungen nicht erfüllt seien (IV-act. 36).

Im Rahmen eines Zivilprozesses gegen den Krankentaggeldversicherer beauftragte das Kantonsgericht Zug PD Dr. med. C._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, mit einer Begutachtung. Im orthopädisch-chirurgischen Gutachten vom 22. Februar 2017 attestierte Dr. C._____ der Versicherten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom Frühjahr 2014 bis mindestens zur gutachterlichen Untersuchung am 18. Februar 2017 (IV-act. 69/24). Dieses Gutachten führte zur Gutheissung der von der Versicherten gegen den Krankentaggeldversicherer erhobenen Teilklage und Zusprechung der vom Juli bis September 2015 aufgelaufenen Taggelder (Urteil Kantonsgericht ZG EV 2016 18 vom 30. Oktober 2017 [IV-act. 83]).

Aufgrund der Empfehlung von Dr. C._____, eine neurologische Verlaufsbeurteilung der Wurzelfunktion L5 und S1 vorzunehmen, beauftragte die IV-Stelle Zug Dr. med. D._____, Facharzt für Neurologie, mit einer weiteren medizinischen Abklärung (neurologisches Gutachten vom 4. Dezember 2017 [IV-act. 88]). Kurz nach dieser Begutachtung trat die Beschwerdeführerin eine Vollzeitstelle an und ging davon aus, diese trotz ihren gesundheitlichen Problemen behalten zu können (IV-act. 91 und 93). Daraufhin verneinte die IV-Stelle Zug mit Verfügung vom 11. April 2018 den Anspruch auf eine Invalidenrente mangels einer ausgewiesenen Leistungseinbusse nach dem 16. Juni 2015. Das Gutachten von Dr. C._____ taxierte sie als nicht nachvollziehbar (IV-act. 95).

B. Dagegen erhob A._____ am 14. Mai 2018 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer befristeten ganzen Invalidenrente, eventualiter um Rückweisung der Sache an die IV-Stelle Zug zur Neubeurteilung (act. 1 S. 2). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten sei bis im November 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit zwischen 70 % und 100 % auszugehen (act. 1 S. 9 ff. insbes. S. 13). Weiter rügt sie eine Verletzung des rechtlichen

Gehörs, weil sich die IV-Stelle Zug mit der im Vorbescheidverfahren eingereichten Stellungnahme vom 11. Dezember 2015 nicht auseinandergesetzt habe (act. 1 S. 10 f.).

C. Am 22. Mai bezahlte die Beschwerdeführerin den ihr auferlegten Kostenvorschuss fristgerecht (act. 3).

D. Mit Vernehmlassung vom 12. Juni 2018 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde und ersuchte um Edition der Akten des Krankentaggeldversicherers (act. 5 S. 2). Beim Gutachten von Dr. C. _____ bemängelt sie die fehlende Anwendung von sozialversicherungsmedizinischen Massstäben (act. 5 S. 4 f.).

E. Replicando und duplicando hielten die Parteien an den gestellten Anträgen fest und wiederholten im Wesentlichen ihre früheren Standpunkte (act. 7 und 9).

F. Mit Verfügung vom 23. August 2018 wurde das vorliegende Gerichtsverfahren bis zur rechtskräftigen Erledigung des von der Beschwerdeführerin gegen den Krankentaggeldversicherer eingeleiteten Klageverfahrens sistiert (act. 10). Mit inzwischen in Rechtskraft erwachsenem Urteil des Obergerichts des Kantons Zug Z1 2017 44 vom 23. Januar 2019 wurde der vorinstanzliche Entscheid bestätigt (am 29. Januar 2019 eingereichtes BF-act. 10). Daraufhin hob das Verwaltungsgericht die Sistierung auf und zog die Akten des Krankentaggeldversicherers bei (act. 12 und 14).

G. In ihrer Stellungnahme vom 13. Mai 2019 zum obergerichtlichen Urteil berief sich die Beschwerdegegnerin auf die fehlende Bindungswirkung für das sozialversicherungsrechtliche Verfahren (act. 19).

H. Die Beschwerdeführerin hingegen wies in ihrer Eingabe vom 29. Mai 2019 darauf hin, dass der Krankentaggeldversicherer im Nachgang zum obergerichtlichen Urteil auch den Krankentaggeld-Restanspruch vom 1. Oktober 2015 bis 14. Juli 2016 beglichen habe (act. 20).

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. 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 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 11. April 2018 (BF-act. 2) und ist frühestens am Folgetag im Herrschaftsbereich der Beschwerdeführerin eingetroffen (act. 1 S. 2). In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift trägt das Datum des 14. Mai 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 Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten, das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG). Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 75 E. 5b/dd mit Hinweis; 118 V 56

E. 5b). Aus der Begründung muss jedenfalls ersichtlich werden, ob und warum die Behörde ein Vorbringen einer Partei für unzutreffend beziehungsweise unerheblich hält. Es muss erkennbar sein, ob die Behörde es überhaupt in Betracht gezogen hat. Sie darf sich nicht auf den Hinweis beschränken, die Überlegungen der versicherten Person seien zur Kenntnis genommen und geprüft worden (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, Art. 49 N. 56, mit Hinweis auf BGE 124 V 182 f.).

2.2 Die Beschwerdeführerin sieht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs darin, dass die Beschwerdegegnerin es unterlassen habe, auf die mit Eingabe vom 21. Januar 2016 im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwendungen einzugehen (act. 1 S. 10).

Zwar hat sich die Beschwerdegegnerin in der Begründung der angefochtenen Verfügung vom 11. April 2018 nicht einzeln mit den im Vorbescheidverfahren vorgebrachten Argumenten auseinandergesetzt, welche hauptsächlich auf eine Entkräftung der aus dem Videoüberwachungsmaterial gezogenen Schlussfolgerungen zielten (vgl. IV-act. 42/1-8). Sie wies jedoch cursorisch auf die Gründe für die Verneinung einer relevanten Arbeitsunfähigkeit ab dem 16. Juni 2015 hin. Dabei werden die Observationsaufnahmen nur als zusätzlicher Hinweis aufgeführt. Dadurch ist die Beschwerdegegnerin den an Verfügungen der Massenverwaltung gestellten Anforderungen genügend nachgekommen, denn die Beschwerdeführerin konnte sich aufgrund der Verfügungsbegründung über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen und die Erfolgsaussichten eines Weiterzugs einschätzen. Dementsprechend zielen ihre Beschwerdeanträge in erster Linie auf einen Entscheid in der Sache ab (act. 1 S. 2). Deshalb ist die Verfügung vom 11. April 2018 unter dem Gesichtspunkt des Grundsatzes des rechtlichen Gehörs nicht zu beanstanden.

3.

3.1 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).

- 3.2 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).

3.3 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).

3.4 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).

4.

4.1 Ab April 2014 wurde die Beschwerdeführerin von ihrem Hausarzt Dr. med. E._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, wegen eines lumboradikulären Reiz-Syndroms S1 rechts bei degenerativen Veränderungen an der Lendenwirbelsäule krankgeschrieben. Im August 2014 ging dieser davon aus, dass die Beschwerdeführerin nach Ende des Leidens für eine Büroarbeit wieder zu 100 % arbeitsfähig werden sollte

und empfahl ihr, sich in die Behandlung eines Wirbelsäulenorthopäden zu begeben (Bericht vom 25. August 2014 mit Verweis auf einen Bericht des Spitals F._____, Schmerztherapie, vom 7. Juli 2014 [IV-act. 15/24-25 und IV-act. 15/26-27]).

4.2 Daraufhin wandte sich die Beschwerdeführerin an Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Dieser stellte folgende Diagnose (IV-act. 18/1, 21/1, 42/19 und 42/21):

- Chronisches Schmerzsyndrom im Rücken und im Bein rechts mit/bei
- hochgradigem Verdacht auf eine S1-Nervenwurzelreizung rechts, bedingt durch eine Nervenwurzelkompression rezessal S1 rechts
- Protrusion der Bandscheibe L5/S1 mediolateral rechts mit Einengung des Rezessus S1 rechts und fortgeschrittener Degeneration der Fazettengelenke L5/S1

Gestützt darauf attestierte Dr. G._____ der Beschwerdeführerin eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Berichte vom 31. Oktober 2014 [IV-act. 15/13-14], 24. März 2015 [IV-act. 18/1], 28. Mai 2015 [IV-act. 21]).

4.3 Trotz einer im ersten Quartal 2015 eingetretenen leichten Besserung, bescheinigte Dr. G._____ am 9. April 2015 nach telefonischer Konsultation eine Unfähigkeit der Beschwerdeführerin, an der vom Krankentaggeldversicherer veranlassten Abklärung der körperlichen Leistungsfähigkeit teilzunehmen (IV-act. 22/25 und 22/62).

Dies führte gleichzeitig zu einer Observation und einer vertrauensärztlichen Untersuchung durch med. pract. H._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates. In seinem Bericht vom 3. Juli 2015 stellte der Vertrauensarzt des Krankentaggeldversicherers fest, dass der aktuelle klinische Befund neu einem radikulärem Reizsyndrom L5 rechts mit partieller Fuss- und Grosszehenheber-Parese entspreche. Die residuale S1-Symptomatik werde davon überlagert. Radiomorphologisch liege zwar eine rezessale Einengung S1 rechts vor, offensichtlich werde die Nervenwurzel L5 rechts vor dem Ausgang des Neuroforamens ebenfalls gereizt. Gestützt darauf stellte med. pract. H._____ folgende Diagnose (IV-act. 26/107):

- Akut exazerbiertes radikuläres Reizyndrom L5 rechts bei
- chronifizierter S1-Symptomatik bei rechts paramedianer Diskusherne L5/S1

Unter adäquater Therapie sollte eine schrittweise Wiederaufnahme der Arbeit möglich sein. Dazu bedürfte es jedoch eine relevante Reduktion des aktuellen Schmerzes.

Mittelfristig sollte eine volle Reintegration in den angestammten Beruf als Rohstoffhändlerin möglich sein (IV-act. 26/108).

In der darauf sowie auf den Ergebnissen der Observation beruhenden versicherungsmedizinischen Stellungnahme mit Aktenbeurteilung kamen Dr. med.

I. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und med. pract. H. _____ zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin spätestens ab Beginn der Observation am 17. Juni 2015 in einer Bürotätigkeit mit der Möglichkeit der Wechselbelastung voll arbeitsfähig war (IV-act. 26/77-98, insbes. 26/97).

4.4 Eine von Dr. G. _____ veranlasste neurologische Untersuchung durch Prof. Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, ergab gemäss Bericht vom 27. August 2015 (IV-act. 80/4-5) ein radikuläres Reizsyndrom S1 rechts, einhergehend mit einem sensiblen S1-Ausfall, jedoch ohne Hinweise für eine motorische Mitbeteiligung S1 und dementsprechend ohne Anhaltspunkte für einen Denervationsprozess. Der Neurologe beurteilte die Problematik als unverändert zur vorherigen Untersuchung im November 2014 (vgl. IV-act. 80/2-3).

4.5 Im Bericht vom 31. August 2015 (IV-act. 42/17-18) interpretierte Dr. G. _____ die Befunde von Dr. J. _____ als hochgradige Nervenwurzelreizung mit sensiblen Ausfällen. Weiter bemerkte er, dass bei der Beschwerdeführerin ausgeprägte degenerative Veränderungen im Bewegungssegment L5/S1 bestünden, wie er sie in diesem Alter während seiner 13-jährigen Tätigkeit als Wirbelsäulenspezialist noch nie gesehen habe. Die Gelenke seien hochgradig degeneriert verändert. Dadurch bestünden hochgradige Einengungen der Rezesse S1 beidseits mit Kompression der Nervenwurzeln S1 beidseits. Zusätzlich zu dieser Kompression bestehe auch eine breitbasige Diskushernie, welche die Nervenwurzeln S1 zusätzlich einenge. Abschliessend erwähnt er eine Verstärkung der Schmerzen beim Sitzen, was sich bisher hinderlich auf die Reintegration ausgewirkt habe.

4.6 Im November 2015 thematisierte Dr. G. _____ ein operatives Vorgehen. Weiter berichtete er, dass die Beschwerdeführerin im Sinne eines Arbeitsversuchs immer wieder versuche, längere Zeit am PC zu sitzen, was jedoch nicht länger als eine halbe Stunde möglich sei (Bericht vom 4. November 2015 [IV-act. 42/19-20]).

4.7 Zwecks Beurteilung der konservativen Therapiemöglichkeiten wandte sich die Beschwerdeführerin an Dr. med. K._____, Oberärztin am Spital F._____, Rheumatologie und Osteoporosezentrum. Diese installierte eine medikamentöse Schmerztherapie sowie eine intensive physiotherapeutische Behandlung. Weiter gab sie im Bericht vom 4. April 2016 (IV-act. 49) an, aufgrund der Urininkontinenz sei im Oktober 2015 eine Magnetresonanztomografie (MRI) der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden, die eine relevante Spinalkanalstenose jedoch habe ausschliessen können. Mit der Begründung, dass eine längere sitzende Tätigkeit zu einer Schmerzexazerbation führe, attestierte Dr. K._____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Zudem bestehe eine Arbeitsunfähigkeit aus chirurgischer Sicht aufgrund der am 14. März 2016 erlittenen Frakturen der Ossa metatarsalia.

4.8 In seinem zuhänden des Kantonsgerichts Zug erstellen Gutachten vom 22. Februar 2017 stellte Dr. C._____ folgende Diagnosen (IV-act. 69/21):

- Persistierende Belastungsischialgie rechts mit dyspraktischer Wurzelfunktion L5 und S1 rechts zufolge evolutiver Spinalstenose der Arthrose L5/S1 linksprävalent und zusätzlich seit 2014 manifester Diskushernie L5/S1 rechts mit resultierender Engstellung der Rezessusabgangspartie S1 rechts
- Arthrose-bedingte Pseudolisthese Meyerding Grad I mit relativer stellungsabhängig foraminärer Abgangsstenose L5/S1beidseits

Dem Gutachten lässt sich weiter entnehmen, dass die Beschwerdeführerin bis im Frühjahr 2014 im Alltag eine leistungsmässig uneingeschränkte Belastungsreserve für sportliche Aktivitäten und eine kaufmännische Berufstätigkeit gehabt habe. Im Frühsommer 2014 sei es zu einer erstmaligen Lumboischialgie auf der rechten Seite durch eine später diagnostizierte kleine Diskushernie L5/S1 rechts vergesellschaftet gleichzeitig mit einer schrittweise evolutiven Arthrose L5/S1 gekommen. Eigentliche neurologische Ausfälle im Sinne einer Parese L5 oder S1 rechts seien nicht aufgetreten, so dass der konservative Behandlungsweg gewählt worden sei. Im Juni 2014 seien 3-malige Infiltrationen im Bereich des Facettengelenks L5/S1 sowie peridural erfolgt, mit allerdings nur temporär mässigem Effekt. Seit dem 22. April 2014 sei die Patientin aufgrund des Leidens nicht mehr zur Arbeit zurückgekehrt. In der Folge hätten die radiologischen Bilddokumentationen 2015 und 2016 eine schrittweise Verschlechterung der Spinalstenose L5/S1 rechts bestätigt. Die Patientin klage über durchgehende Belastungsischialgien des rechten Beines, welche nur kurzphasige axiale Belastungen wie Stehen oder Sitzen zuliessen. In letzter Zeit komme es zudem auch zu gewissen

Irritationen im Bereich der Cauda equina, vereinbar mit der resultierend erheblichen Spinalstenose L5/S1 und der intermittierenden Dyskontinenz als Ausdruck der progredienten Spinalstenose. Eine fachneurologische Abklärung habe letztmals am 27. August 2015 (vgl. E. 4.4) stattgefunden. Diese habe noch keine dokumentierbaren radikulären Ausfälle ergeben. Seither seien keine neurologischen Untersuchungen mehr erfolgt, was angesichts der bei der aktuellen Untersuchung festgestellten Abschwächung der Wurzelfunktion L5 und S1 etwas erstaune. Die Aktenlage sei engmaschig bis im Januar 2016 gut dokumentiert. Die Patientin habe Dokumentationen der Verlaufskontrollen beim Wirbelsäulenchirurgen Dr. G._____ zur Untersuchung mitgebracht, worin Röntgenbefunde dokumentiert seien (IV-act. 69/21).

Mit Bezug auf den für die Begutachtung massgeblichen Zeitraum vom 1. Juli bis 30. September 2015 gab Dr. C._____ an, gemäss Aktenlage sei am 3. Juli 2015 eine Beurteilung durch med. pract. H._____ erfolgt (vgl. E. 4.3), welche das Entlastungshinken zufolge Belastungsschmerz L5/S1 rechts mit partieller Fuss- und Grosszehenheberparese bestätigt habe. Am 28. Juli 2015 sei eine Kontrolle bei Dr. G._____ erfolgt, welche die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Rahmen zu 100 % bestätigt habe. Am 27. August 2015 habe der Dr. J._____ (vgl. E. 4.4) die Patientin aus neurologischer Sicht untersucht und in der Elektromyographie L5 und S1 eine noch normale Situation ohne Denervationszeichen gefunden. Am 31. August 2015 sei eine Kontrolle bei Dr. G._____ erfolgt (vgl. E. 4.5), welche die Belastungsintoleranz und konsekutive Arbeitsunfähigkeit weiterhin bestätigt habe. Im Intervall vom 1. Juli bis 30. September 2015 hätten sich keine gegenüber den Vorbefunden differierenden Befunde weder im Sinne einer Verbesserung, noch einer Verschlechterung des möglichen Belastungsprofils gegenüber den vorher oder später bis heute durchgehend dokumentierbaren Befunde gezeigt. Aufgrund der im obigen Zeitraum dokumentierbaren Befunde und ärztlichen Beurteilungen sowie des bereits vor dem 1. Juli 2015 und nach dem 30. September 2015 analog dokumentierten strukturellen Befundes sei auch für dieses Zeitintervall eine volle Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Aus expertenmedizinischer Sicht sei die von Dr. G._____ für diesen Zeitraum attestierte volle Arbeitsunfähigkeit ohne objektiv begründbare Gegenargumente ohne weiteres plausibel. Die erfolgte Observation sei in der tendenziösen Interpretation einzelner Filmsequenzen für die medizinische Beurteilung nicht verwertbar. Aufgrund der Belastungsischialgie mit stellungsabhängiger Wurzelkompression L5/S1 rechts sei eine volle Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit mit längeren Sitz- oder Stehphasen, auch bei einem rein administrativen Pensum, anzunehmen. Die seit Frühjahr 2014 laufenden Behandlungen hätten bis zur

Begutachtung im Februar 2017 zu keinem Zeitpunkt eine verwertbare Belastbarkeit der strukturell ausgewiesenen Schädigung im Bereich des Bewegungssegmentes L5/S1 wieder herbeiführen können (IV-act. 69/22-24).

Abschliessend empfahl Dr. C. _____ eine neurologische Verlaufsbeurteilung der Wurzelfunktion, allenfalls inklusive urodynamischer Abklärung bei Verdacht auf intermittierende Dyskontinenz im Rahmen der jetzt zunehmend auch auftretenden Cauda equina durch die erhebliche Stenosierung L5/S1 im MRI vom November 2016. Bei Bestätigung einer evolutiven neurologischen Schädigung müsste die Indikation zur operativen Dekompression und Stabilisation L5/S1 doch sehr ernsthaft in Erwägung gezogen werden, um weiterem Schaden vorzubeugen (IV-act. 69/24).

4.9 Der Neurologe Dr. D. _____ stellte im Gutachten vom 4. Dezember 2017 folgende Diagnosen (IV-act. 88/13):

- Chronifiziertes Schmerzsyndrom des rechten Beines vorwiegend pseudoradikulär im Rahmen einer mehretägigen Wirbelgelenksarthrose/mehretägiger Wirbelgelenksergüsse und weiterer degenerativer Veränderungen der Lendenwirbelsäule inklusive Anterolisthese L5 über S1 mit möglicher Mikro-, aber ohne Makroinstabilität, bei bildgebend möglicher, klinisch aber nicht bestätigter Wurzelreizung S1 rechts
- Belastungssituation bei ungünstigem Verlauf von wirbelsäulenchirurgischen Massnahmen bei der Mutter, mit einer Observation in Zusammenhang gebrachtem Tod der Mutter und observationsbedingter Vorwurf des Versicherungsbetrugs

Weiter gab Dr. D. _____ an, die klinische Untersuchung zeige keine neurologischen Defizite und probabilisiere keine radikuläre Pathologie. Die typische Anamnese eines engen lumbalen Spinalkanals lasse sich nicht erheben, und die Untersuchung deute auch nicht auf eine lumbale Instabilität hin, welche damit aber auch nicht ausgeschlossen sei. Man finde ein myofasciales Schmerzsyndrom gluteal rechts mit Schmerzexazerbation bei der Beinstreckung, die klinischen Befunde sprächen gegen eine radikuläre Reizung. Das myofasciale und in diesem Sinne rheumatologische Schmerzproblem scheine allerdings eindrücklich und bedürfe sicher der umfassenden Therapie und – bei Misserfolg ambulanter Rehabilitationsmassnahmen – auch der stationären Rehabilitation. Es stelle sich weiter die Frage einer reaktiven oder gar primären psychiatrischen Erkrankung, eventuell im Sinne der Belastungs- oder Anpassungsstörung. Auch stelle sich die Frage, ob allenfalls doch ein im Neurostatus nicht erfasstes neurologisches Leiden zusätzlich vorliege. Denn die periphere Elektrophysiologie sei zwar normal. Somato-sensibel evozierte Potentiale hätten jedoch linksseitig, das heisst kontralateral zur Schmerzempfindung, nicht sicher reproduziert werden können, obschon die Entspannung

der Patientin eigentlich genügend und die SEP-Durchführung technisch befriedigend gewesen sei. Insbesondere in Anbetracht der ebenfalls beklagten Inkontinenzepisoden in letzter Zeit veranlasste Dr. D. _____ ein MRI von Hirn und Rückenmark (IV-act. 88/4).

Nach Durchsicht der Akten bekundete der Gutachter grosse Schwierigkeiten, seine Untersuchung, seine Anamnese, die Akten und den ganzen Verlauf zu einem Bild zusammenzufügen. Es entstehe der Eindruck, dass eigentlich wohl definierte Begriffe wie Ausfallsyndrom L5, Ausfallsyndrom S1, enger lumbaler Spinalkanal, rezessale Enge, rezessale Wurzelbeeinträchtigung, aber auch klinische Beschreibungen wie L5- oder S1-Ausfallsyndrom oder Lasègue-Zeichen unsystematisch und schwer nachvollziehbar eingesetzt würden. Es entstehe weiter der Eindruck, dass die Klinik unter der Suggestion radiologischer Befunde beurteilt worden sei (IV-act. 88/9).

In der Folge veranlasste Dr. D. _____ ein Ganzachsen-MRI von Hirn und Rückenmark inklusive Lendenwirbelsäule, sowie Funktionsaufnahmen der Lendenwirbelsäule in In- und Reklination. Gestützt darauf erwog er, dass die – in der klinischen Untersuchung erhobenen – kleinamplitudigen beziehungsweise fehlenden somato-sensibel evozierten Potentiale kein Korrelat in einer radikulären oder medullären/cerebralen Affektion hätten, sondern wohl Folge der Hyperostosis frontalis seien. Die frontale Ableitelektrode sei durch die Hyperostosis frontalis zu stark vom Hirn isoliert. Klinisch fänden sich keine Befunde, die radikuläre Ausfälle belegten, die Untersuchung sei eigentlich identisch wie die Untersuchung 2014 durch Dr. J. _____ (vgl. IV-act. 80/2-3). Dieser habe auf Grund der Klinik eine radikuläre Reizung angenommen, elektrophysiologisch aber ebenfalls Normalbefunde erhoben. Die Ergebnisse der Lasègue-Prüfung und der übrigen klinischen Untersuchung sprächen sehr stark dafür, dass die Wirbelgelenksarthrose, -ergüsse bzw. Insertionstendinosen ausstrahlende Schmerzen ins rechte Bein verursachten, ohne dass ein Nerv signifikant beeinträchtigt sei. Diese Situation werde als sogenannt pseudoradikuläre Ausstrahlung gesehen. Eine Mikroinstabilität könne die Schmerzen zusätzlich unterhalten. In diesem Sinne könne man sich Dr. C. _____s Diskussion von chirurgischen Massnahmen des Segmentes L5/S1 im Langzeitverlauf anschliessen. Dem stehe nun entgegen, dass sich die Mutter der Patientin offenbar wegen ähnlicher Beschwerden einem operativen Eingriff unterzogen und davon eine Verschlechterung erfahren habe. Dies bestärke den Vorschlag, zunächst konservativ konsequent zu behandeln. Ein vorübergehender Erfolg fokaler Steroid- und Lokalanästhetika-Infiltrationen in die arthrotischen und sekundär entzündeten und ergusshaltigen Wirbelgelenke passe

durchaus gut zu Anamnese und Klinik der Patientin. Schwierig zu verstehen sei jedoch, dass keine Massnahme etwas nachhaltiger gewirkt habe (IV-act. 88/12-13).

Abschliessend hielt Dr. D. _____ fest, dass eine Bürotätigkeit unter optimaler Anpassung, d.h. mit Arbeitsmöglichkeiten in verschiedenen Haltungen und Positionen sowie mit der Möglichkeit zum Einhalten von Pausen, denkbar sei. Aufgrund der erheblichen psychischen Belastungssituation bedürfe es aber eines rehabilitativen Prozedere mit einer Teilzeitanstellung von zunächst 30 % mit halbem Rendement und dann Steigerung über viele Monate in eine noch nicht sicher definierte Höhe (IV-act. 88/14).

5.

5.1 Während die Beschwerdeführerin ihren Leistungsanspruch auf das Gutachten von Dr. C. _____ (E. 4.8) stützt, verwirft die Beschwerdegegnerin dieses Gutachten als nicht nachvollziehbar (IV-act. 95/3). Dabei beruft sie sich auf die Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 8. Juni 2017 (IV-act. 70), wonach die gutachterliche Schlussfolgerung einer andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich leichten und potenziell wechselbelastenden Tätigkeit, die sich de facto nur mit den Schmerzen begründen lasse, nicht nachvollziehbar sei.

Die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit begründet Dr. C. _____ mit einer Wurzelkompression L5/S1 rechts, die zu einer Belastungsischialgie führt. Dabei räumt er selbst ein, dass die bisherigen neurologischen Abklärungen durch Dr. J. _____ (E. 4.4) eine noch normale Situation ohne Denervationszeichen ergeben hätten, weshalb er eine neurologische Verlaufsbeurteilung der Wurzelfunktion anregte. Diese wurde vom Gutachter Dr. D. _____ vorgenommen, welcher keine neurologischen Defizite erheben konnte und zum Schluss kam, dass die klinischen Befunde gegen eine radikuläre Reizung sprechen. Vielmehr geht Dr. D. _____ von einer pseudoradikulären Ausstrahlung aus. Die von der Beschwerdeführerin geklagten ausstrahlenden Schmerzen ins rechte Bein finden ihre Ursache somit nicht in der Beeinträchtigung eines Nervs (E. 4.9). Bei diesem klaren und seit 2014 unverändert gebliebenen neurologischen Befund fällt die Grundlage für die von Dr. C. _____ attestierte Arbeitsunfähigkeit dahin, weshalb sie aufgrund der aktuellen Aktenlage nicht (mehr) zu überzeugen vermag.

5.2 Aus dem gleichen Grund kann auch nicht auf Dr. G. _____s Arbeitsfähigkeitseinschätzung abgestellt werden. Auch seine ärztliche Beurteilung beruht

auf der Annahme von hochgradigen Einengungen der Rezesse S1 beidseits mit Kompression der Nervenwurzeln S1 beidseits. Weiter geht er von einer zusätzlichen Einengung der Nervenwurzeln S1 durch die vorhandene Diskushernie aus (E. 4.2 und 4.5). Ist aber eine Reizung der Nervenwurzeln nicht ausgewiesen, entstehen gewichtige Zweifel an der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und damit auch an der Einschätzung der ihr zumutbaren Arbeitsleistung.

5.3 Eine Spinalkanalstenose als Ursache der Schmerzen wurde sodann sowohl vom neurologischen Gutachter Dr. D. _____ aufgrund der erhobenen Anamnese als auch von der Rheumatologin Dr. K. _____ aufgrund eines MRI der Lendenwirbelsäule verneint (vgl. E. 4.7), womit auch diese Veränderung der Wirbelsäule zur Begründung einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit nicht herangezogen werden darf. Gleichwohl vermag die von Dr. K. _____ attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht zu überzeugen, denn sie wird lediglich mit den von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzexazerbationen bei längerer sitzender Tätigkeit begründet. Ob und allenfalls wie die Ärztin diese Beschwerden objektivieren konnte, lässt sich ihrem Bericht nicht entnehmen, was der Nachvollziehbarkeit ihrer Einschätzung abträglich ist.

5.4 Demgegenüber erfüllt das Gutachten von Dr. D. _____ (E. 4.9) den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 3.4). So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht. Weiter beruht es auf eingehenden neurologischen Untersuchungen. Dabei beschränkte sich Dr. D. _____ nicht auf eine klinische Befunderhebung (IV-act. 88/2-4), sondern veranlasste auch verschiedene bildgebende Abklärungen zum Ausschluss einer neurologischen Ursache der Beschwerden (vgl. IV-act. 88/11-12). Der Gutachter schilderte ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzte sich detailliert damit auseinander. Die Expertise wurde in Kenntnis der umfangreichen Vorakten abgegeben (vgl. IV-act. 88/5-9) und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein.

Dass der Beschwerdeführerin – nicht zuletzt aufgrund ihrer konstanten Behandlungcompliance und ihres ausgewiesenen Wiedereingliederungswillens – im Dezember 2017 eine Vollzeitstelle im angestammten Beruf antreten konnte, untermauert die von Dr. D. _____ attestierte grundsätzliche Arbeitsfähigkeit. Darüber hinaus erweist

sich damit die vom Gutachter empfohlene schrittweise Steigerung des Arbeitspensums als überflüssig.

Rückblickend ist angesichts der Zweifel an den Einschätzungen von der Dres. G. _____ (vgl. E. 5.2), K. _____ (vgl. E. 5.3) und C. _____ (vgl. E. 5.1) sowie mangels einer Veränderung aus neurologischer Sicht seit 2014 (vgl. E. 4.4 und 4.9) davon auszugehen, dass die von Dr. D. _____ attestierte grundsätzliche 100%ige Arbeitsfähigkeit seit der vertrauensärztlichen Untersuchung durch med. pract. H. _____ im Juli 2015 besteht (vgl. E. 4.3). Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der im März 2016 erlittenen Frakturen der Ossa metatarsalia war wohl von beschränkter Dauer und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant (vgl. E. 4.7; vgl. ferner die Sprechstundenberichte des Spitals F. _____, Chirurgische Klinik, vom 8. und 28. April 2016 [IV-act. 47]).

5.5 Zusammenfassend ist von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ab anfangs Juli 2015 auszugehen, womit zum frühestmöglichen Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs im August 2015 – sechs Monate nach der Anmeldung im Februar 2015 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) – kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden mehr ausgewiesen ist.

Daran vermag auch die Tatsache nichts zu ändern, dass sowohl das Kantonsgericht als auch das Obergericht des Kantons Zug in dem von der Beschwerdeführerin eingeleiteten Klageverfahren gegen den Krankentaggeldversicherer auf dieses – vom Kantonsgericht eingeholten – Gutachten abgestellt hatten (Urteile Kantonsgericht ZG EV 2016 18 [IV-act. 83] vom 30. Oktober 2017 und Obergericht ZG Z1 2017 44 vom 23. Januar 2019 [am 29. Januar 2019 eingereichtes BF-act.]). Denn einerseits hatten die Zivilgerichte einen Zeitrahmen von lediglich wenigen Monaten im Jahr 2015 (Juli bis September) zu beurteilen. Andererseits verfügten sie weder über die Ergebnisse der (späteren) neurologischen Begutachtung durch Dr. D. _____ (E. 4.9) noch waren sie darüber orientiert, dass die Beschwerdeführerin kurz nach dieser Begutachtung – im Dezember 2017 – ihre volle Arbeitsfähigkeit unter Beweis stellte, indem sie eine Vollzeitstelle antrat und diese offenbar auch zu behalten vermochte.

Dies führt im Ergebnis zur Abweisung der Beschwerde.

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.– festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG). Eine Parteientschädigung nach Art. 61 lit. g ATSG ist nicht auszurichten.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Der Beschwerdeführerin wird eine Spruchgebühr von Fr. 800.– auferlegt, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss verrechnet wird.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (im Doppel), an die IV-Stelle des Kantons Zug, an die Vorsorgeeinrichtung L._____, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 2 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 14. April 2020

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am