



und es kamen auch orthopädische Probleme hinzu. Zur Abklärung des Leistungsanspruchs wurden von der IV-Stelle Basel-Landschaft (IV-Stelle) wegen der langen und umfangreichen Krankheitsgeschichte insgesamt drei Gutachten in Auftrag gegeben. Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens wurde A.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 13. August 2021 eine befristete und folgendermassen abgestufte Rente zugesprochen: eine Dreiviertelsrente vom 1. September bis 31. Dezember 2015, eine ganze Rente vom 1. Januar bis Ende September 2016, eine ganze Rente vom 1. Mai bis 31. Dezember 2017, eine Viertelsrente vom 1. Januar 2018 bis 28. Februar 2019 und eine ganze Rente vom 1. März bis 30. Juni 2019.

B. Gegen diese Verfügung erhob A.\_\_\_\_\_, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, mit Eingabe vom 25. August 2021 Beschwerde beim Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte sie, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei die gesetzliche Invalidenrente zu bezahlen. Eventualiter sei ein Gerichtsgutachten einzuholen. Subeventualiter sei die Sache zur gutachterlichen Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts an die Beschwerdebeklagte zurückzuweisen. Die Beschwerdeführerin rügte zunächst die fehlende Beweiskraft des Gutachtens des Medizinischen Zentrum Römerhof (MZR). Es stehe in krassem Widerspruch zu sämtlichen früheren Beurteilungen und befasse sich insbesondere im psychiatrischen Teilgutachten nicht mit den Vorakten. Das MZR wäre verpflichtet gewesen, die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung zu übernehmen, weil es mangels eigener echtzeitlicher Untersuchungen nicht in der Lage gewesen sei, abweichende Beurteilungen der Diagnosen in der Vergangenheit zu stellen. Eine Diagnose, die über mehrere Jahre hinweg durch andere Fachärzte bestätigt wurde, einfach zu kippen, sei nicht zulässig. Das Argument, wonach die psychiatrische Behandlung seit zwei Jahren nicht mehr durchgeführt werde und deshalb nicht von einer depressiven Erkrankung auszugehen sei, greife nicht, weil eine psychiatrische Behandlung und die Medikation bei Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose nicht zwingend erforderlich seien. Im Weiteren sei mittlerweile eine Verschlechterung eingetreten und es gebe neben den Beschwerden, die sich im Rahmen des Pensums niederschlagen, auch Umstände, welche einen leidensbedingten Abzug begründen würden.

C. Mit Vernehmlassung vom 20. September 2021 beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der

vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde ist demnach einzutreten.

1.2 Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C\_455/2021, E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet.

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

2.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden (vgl. BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3) oder depressive Störungen leicht- bis mittelgradiger Natur (BGE 143 V 409, 143 V 418), sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2., E. 3.4-3.6 und 4.1). Gemäss altem Verfahrensstandard (z.B. BGE 130 V 352) eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen

einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8).

3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

3.2 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 144 I 21 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.3 Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nichterwerbstätig einzustufen ist, ergibt sich aus der Prüfung, was sie bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 141 V 20 E. 3.1). Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre (BGE 133 V 507 E. 3.3 mit Hinweisen). Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen (BGE 125 V 150 E. 2c).

4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung und im Streitfall das Gericht – auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 134 E. 2, 114 V 314 E. 3c, 105 V 158 E. 1 in fine). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beur-

teilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (ULRICH MEYER-BLASER, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

4.3 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

5. Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C\_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C\_57/2019, E. 3.2).

6. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin liegen im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Unterlagen vor:

6.1 Im Arztbericht vom 14. Mai 2013 hält Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass bei der Patientin am 11. April 2013 nach einem MRI eine Sinusvenenthrombose im Sinus sagittalis superior, übergehend auf den rechten Sinus transversus, mit reaktiver beidseitiger meningealer Reizung, diagnostiziert wurde. Die initiale notfallmässige Selbstvorstellung der Patientin sei am 10. April 2013 aufgrund einer Hypästhesie am linken Unterarm mit Ausbreitung auf die linke Gesichtshälfte sowie einer begleitenden Kraftminderung in der linken Hand erfolgt. Zudem habe sich die Patientin seit ca. zwei Wochen über generalisierte Kopfschmerzen mit rezidivierendem Erbrechen beklagt. Während des Krankenhausaufenthaltes sei es auch zu fokalen epileptischen Anfällen gekommen. Ein Verlaufs-EEG vom 18. April 2013 habe aber einen Rückgang der Epileptogenese im Vergleich zur Voruntersuchung vom 15. April 2013 gezeigt. Im Weiteren habe eine Verlaufs-Bildgebung mittels MRT eine Regredienz der beschriebenen Sinusvenenthrombose gezeigt. Die Patientin sei am 2. Mai 2013 in gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden.

6.2 Im Juni 2015 erging das von der IV-Stelle in Auftrag gegebene bidisziplinäre neurologisch-psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Neurologie, und Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie.

6.2.1 Dr. D.\_\_\_\_ hält in seinem neurologischen Teilgutachten vom 22. Juni 2015 fest, dass sich nur noch ein diskreter Hinweis auf die Sinusvenenthrombose finden lasse. Ansonsten würde ein unauffälliger Neurostatus bei normalem Hirnnervenbefund, symmetrischen Reflexen, intakter Kraft, Trophik und Sensibilität vorliegen. Im Bereich der Körperachse würde sich aktuell ein leicht bis mässig ausgeprägtes Cervicalsyndrom sowie ein leicht ausgeprägtes Lumbovertebralsyndrom finden lassen. Die verhaltensneurologische Untersuchung sei offensichtlich nicht valide. Einerseits würde ein ausgesprochen heterogenes Leistungsniveau vorliegen. Andererseits sei es im Untersuchungsverlauf zu Inkonsistenzen gekommen, konkret würden die durchgeführten Validierungsverfahren auf einen ungenügenden Effort hinweisen. Es habe aber auch zusätzliche Auffälligkeiten gegeben, so habe die Versicherte im Rey-Auditory-Verbal-Learning-Test beim Spätabruf nur zwei Begriffe wiedergeben können. Im Weiteren sei auch die einfache Aufmerksamkeit bei Sequenzabruf stark vermindert gewesen. Die bereits bei einfachsten Verfahren verminderten Leistungen würden in keiner Weise zum klinischen Eindruck und zur selbständigen Lebensführung passen. Es sei deshalb von nicht authentischen kognitiven Defiziten auszugehen, welche die Plausibilitätsgrenze von cerebral verursachten Funktionsstörungen nach einer Sinusvenenthrombose weit überschreiten würden. Gegen eine schwere Beeinträchtigung würden auch der EEG-Befund mit normaler Grundaktivität, ohne Herdbefund sowie ohne Anhaltspunkte für cerebrale Übererregbarkeiten sprechen. Allfällige Restsymptome der durchgemachten Sinusvenenthrombose kognitiver Art seien durch die artifizielle Verzerrung verdeckt. Solche könnten allenfalls im Sinne einer leichten Beeinträchtigung vorliegen. Aus neurologischer Sicht würden sich aktuell keine weiteren therapeutischen Massnahmen aufdrängen. Weiter sei aus neurologischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab dem Zeitpunkt der Sinusvenenthrombose

im April 2013 bis im April 2014 auszugehen. Ab 1. April bis 1. Oktober 2014 sei in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin im Betrieb des Ehemannes eine 50%ige Einschränkung bezogen auf die damals ausgeübte Tätigkeit von 30 % nachvollziehbar; dasselbe gelte auch für den Haushalt in dieser Phase. Ab 1. Oktober 2014 gelte sowohl für den Haushalt als auch für die Tätigkeit im Betrieb eine 20%ige Einschränkung wegen der von der Versicherten beklagten Fatigue.

6.2.2 Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 22. Juni 2015 eine mittelgradig depressive Episode. Diese bestehe schon seit Längerem. Die Versicherte sei eindeutig gedrückter Stimmung, wirke interesselos, freudlos, der Antrieb sei vermindert, auch die Psychomotorik sei vermindert, die Stimme sei leise und schwach. Weiter habe sie Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisprobleme. Das Selbstwertgefühl der Versicherten sei deutlich vermindert und sie hätte Mühe, mit ihrer Selbstveränderung zurechtzukommen. Weiter sei die affektive Schwingungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Sie führe verglichen zu früher ein deutlich reduziertes Leben. Primär berichte sie über ihre depressive Symptomatik, während die Schmerzproblematik nicht mehr das Gewicht von damals habe. Dass die Versicherte im Rahmen ihrer Depressivität die Schmerzen weniger gut verarbeiten könne, hänge mit der negativen Beeinflussung der Coping-Mechanismen als Folge der Depression zusammen. Gleichzeitig würden die Schmerzen die depressiven Gefühle der Versicherten verstärken. Betrachte man den bisherigen Verlauf, so müsse zumindest der Verdacht auf eine anhaltend somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden. Zudem sei sie in der Anwendung ihrer fachlichen Kompetenzen aufgrund ihrer depressiven Symptomatik, ihrer Energielosigkeit und den kognitiven Einschränkungen beeinträchtigt. Berücksichtige man die zumutbare Willensanstrengung, die funktionellen Einschränkungen, die objektiven Befunde und den bisherigen Verlauf, so sei aus psychiatrischer Sicht eine 40%ige Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, bezogen auf eine 100%ige Tätigkeit, begründet.

6.2.3 Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Referenten nach eingehender Diskussion zum Schluss, dass die neurologische Beurteilung im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit massgebend sei.

6.3 Da seit der bidisziplinären neurologisch-psychiatrischen Begutachtung im Juni 2015 eine Knieoperation erfolgte und ein Sinusvenenthrombosen-Rezidiv auftrat, erging im November 2016 im Auftrag der IV-Stelle ein weiteres Gutachten. Diesmal handelte es sich um ein polydisziplinäres Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, med. prakt. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Neurologie.

6.3.1 Med. prakt. G.\_\_\_\_ hält in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 2. November 2016 fest, dass die von der Versicherten berichteten Wortfindungsstörungen und Konzentrationsstörungen im 80-minütigen Explorationsgespräch nicht hätten beobachtet werden können. Sie habe dem Gespräch bestens folgen können und habe direkt und adäquat geantwortet. Das Teilgutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2015 als solches bezeichnet med. prakt. G.\_\_\_\_ dann auch als

in sich schlüssig und nachvollziehbar. Als objektivierbare Befunde liessen sich zu diesem Zeitpunkt eine depressive Symptomatik mit herabgesetzter Grundstimmung, eingeschränkter Schwingungsfähigkeit, Ängsten, vermindertem Antrieb, verminderten Vitalgefühlen, Müdigkeit und ohne Medikamente deutliche Schlafstörungen eruieren. Die Schwere der Befunde würde einer mittelgradigen depressiven Störung entsprechen. Unter Berücksichtigung der Vorgeschichte und den Hinweisen, dass die Patientin wahrscheinlich schon seit vielen Jahren unter depressiven Symptomen gelitten habe, geht med. prakt. G.\_\_\_\_ im Weiteren von einer rezidivierenden depressiven Störung bei der Versicherten aus. Auffallend sei, dass die Versicherte die depressive Symptomatik verdrängen würde und ihre Symptomatik neben den körperlichen Problemen vor allem auf die geschilderten kognitiven Einschränkungen beziehen würde. Durch die beschriebene mittelgradige depressive Symptomatik sei die Versicherte weniger belastbar, leicht verlangsamt und brauche mehr Pausen. Einschränkend sei weiter, dass die Versicherte eine gewisse Selbstlimitierung zeige, sich als krank ansehe und sich in einer Krankenrolle bewege. Bezüglich Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geht med. prakt. G.\_\_\_\_ aus rein psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen wie auch in adaptierter Tätigkeit von einer 40%igen Einschränkung ab Gutachten datum aus.

6.3.2 Dr. H.\_\_\_\_ diagnostizierte in ihrem allgemein-internistischen Teilgutachten vom 2. November 2016 keine Krankheiten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

6.3.3 Im neurologischen Teilgutachten vom 2. November 2016 hält Dr. I.\_\_\_\_ fest, dass das Hauptleiden auf neurologischem Gebiet eine Thrombophilieneigung mit Status nach zweimaliger Sinusvenenthrombose im April 2013 und April 2016 sei. Daher werde jetzt die Dauerantikoagulation durchgeführt, weshalb eigen- und fremdgefährdende Tätigkeiten, auch Allgemeintätigkeiten mit erheblicher Verletzungsgefahr nicht mehr durchgeführt werden könnten. Gemäss Angabe der Versicherten würden seit der Sinusvenenthrombose vom April 2013 neuro-kognitive Einschränkungen bestehen, welche sich durch die erneute Sinusvenenthrombose im April 2016 nicht verstärkt hätten. Gemäss Dr. I.\_\_\_\_ würde sich klinisch-neurologisch, abgesehen von einer leichten Verlangsamung des Arbeitstempos, keine Einschränkung der neurokognitiven Fähigkeiten erkennen lassen. Authentische kognitive Störungen in Sprache, Denken und exekutiven Funktionen seien aus neuropsychologischer Sicht genügend wahrscheinlich, wobei der Funktionschweregrad nicht bestimmt werden könne. Für das präsentierte neuropsychologische Funktionsprofil seien bei gesamtheitlicher Bewertung aller Befunde die erlittenen beiden Sinusvenenthrombosen nicht vorwiegend ursächlich, sondern mehr der chronische Schlafmittelabusus, die Einnahme kognitiv dämpfender Antikonvulsiva und vorwiegend eine allgemeine psychopathologische Dysfunktionalität. Neurologisch betrachtet seien nur minime hirnsubstanziell bedingte, unspezifische kognitive Einschränkungen und der kognitiv dämpfende Einfluss von Antikonvulsiva zu berücksichtigen. Eventuelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit infolge kognitiver Defizite seien aufgrund psychischer Störungen Gegenstand des psychiatrischen Teilgutachtens. Bezüglich der von Dr. D.\_\_\_\_ in seinem neurologischen Teilgutachten vom 22. Juni 2015 festgestellten 100%igen Arbeitsunfähigkeit zwischen April 2013 und April 2014 hält Dr. I.\_\_\_\_ fest, dass diese schwierig nachzuvollziehen sei, da sich der Verlauf der Sinusvenenthrombose durch eine zunehmende Normalisierung, auch der bildmorphologischen Befunde, gekennzeichnet habe. Die ausschliesslich fokalen epileptischen Krampfanfälle seien nicht diskognitiv und

darüber hinaus gut behandelbar. Aus neurologischer Sicht würden sich nur Einschränkungen bezüglich Tätigkeiten mit Eigen- und Fremdgefährdungspotenzial ergeben. Allerdings sei durch die rezidivierenden Gesichtsschmerzen rechts und durch die Einnahme von Antikonvulsiva mit kognitiv dämpfenden Effekten eine Leistungsminderung von 20 % in jeglicher Tätigkeit anzunehmen.

6.3.4 Dr. F.\_\_\_\_ war für die orthopädische Begutachtung verantwortlich. Sie hält in ihrem Teilgutachten vom 2. November 2016 fest, dass die Versicherte an einem cervico-lumbalen Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik bei radiologisch leicht degenerativen Veränderungen leide. Weiter würde sie an belastungsabhängigen Schmerzen des rechten Kniegelenks bei leichter medial betonter Gonarthrose leiden. Am linken Knie würden zudem schmerzhaft Bewegungeinschränkungen bei Status nach Knie-Totalendoprothese vom 2. September 2015 bestehen. Aus orthopädischer Sicht sei die Versicherte für leichte Tätigkeiten, wie die Bürotätigkeit in der Automechanikwerkstatt ihres Mannes, ohne die Notwendigkeit des Hebens schwerer Gegenstände und ohne Zwangshaltungen einsetzbar. Es bestehe aber die Notwendigkeit verlängerter Pausen, weshalb von einer 20%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Aus polydisziplinärer Sicht, unter Berücksichtigung des negativen Leistungsbildes, würde die Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Oktober 2016 40 % betragen und sei durch die psychische Verfassung begründet.

6.4 Im Bericht des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 16. November 2017 hält Dr. med. J.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, fest, dass wegen persistierender Schmerzen im September 2017 eine Infiltration des linken Knies erfolgt sei. Dementsprechend habe sich der Heilungsprozess offensichtlich verzögert. Bei der Nachkontrolle im Oktober 2017 habe sich aber ein deutlich gebessertes Bild gezeigt, weshalb davon auszugehen sei, dass spätestens ab diesem Zeitpunkt der Status quo ante wieder erreicht worden sei. Die Arbeitsunfähigkeit im Verlaufe der Zeit würde sich wie folgt zeigen: 40 % ab 1. Oktober 2016, 100 % ab 16. Februar 2017, 40 % ab 1. Oktober 2017.

6.5 Wegen der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und weiteren operativen Eingriffen seit der Vorbegutachtung vom 2. November 2016 erfolgte im Auftrag der IV-Stelle das polydisziplinäre Gutachten vom 16. Dezember 2019. Es handelt sich um das Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. L.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH Neurologie, Dr. med. N.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie und Dr. sc. hum. Dipl. Psych. O.\_\_\_\_.

6.5.1 Dr. K.\_\_\_\_ hält im internistischen Teilgutachten vom 16. Dezember 2019 fest, dass aus internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen würden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würde eine Hypercholesterinämie vorliegen. In der bisherigen Tätigkeit seien aus internistischer Sicht acht Stunden Arbeit am Tag in einem 100%igen Pensum möglich.

6.5.2 Im Teilgutachten Orthopädie vom 16. Dezember 2019 hält Dr. L.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: Ein Cervikalsyndrom ohne radikuläre Ausfälle, ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei diskreten multisegmentalen Spondylarthrosen und

Status nach Knie-Totalendoprothese mit Retropatellarersatz links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die Diagnosen beginnende mediale und retropatellare Gonarthrose rechts, Metatarsalgie beidseits und Übergewicht. Das linke und das rechte Kniegelenk seien beide reizlos und frei beweglich gewesen. In den aktuellen Röntgenaufnahmen des linken Kniegelenkes vom 18. September 2019 würde sich eine intakte Knie-Totalendoprothese mit angedeutetem, lateral betontem Osteolysesaum um die femorale Komponente darstellen. Die angegebenen Blockierungen im linken Kniegelenk beim Aufstehen aus dem Sitz hätten aufgrund der erhobenen Befunde nicht nachvollzogen werden können. Beide Sprunggelenke seien reizlos und frei beweglich gewesen. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht würden Einschränkungen für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit Zwangshaltungen der Hals- und Lendenwirbelsäule, mit Hocken oder Knien und mit erhöhter Sturzgefahr bestehen. Die Versicherte sehe sich subjektiv zu keiner beruflichen Tätigkeit in der Lage, weil sie nicht länger als 30 bis maximal 60 Minuten stehen, sitzen oder laufen könne. Gemäss Dr. L. \_\_\_\_\_ sei dies diskrepant zu den angegebenen Aktivitätsniveaus in den Bereichen Freizeit und Haushalt. So sei die Versicherte in der Lage, ihren Haushalt mitzuversorgen, tagsüber zahlreichen Aktivitäten nachzugehen, Auto zu fahren, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen und auch in den Urlaub nach X. \_\_\_\_\_ zu fliegen. Auch die angegebene Stärke der Schmerzen sei diskrepant zu den erhobenen klinischen und radiologischen Untersuchungsbefunden gewesen.

6.5.3 Dr. M. \_\_\_\_\_ hält in seinem neurologischen Teilgutachten vom 16. Dezember 2019 fest, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Status nach Sinusvenenthrombose im Sinus sagittalis superior und transversus rechts mit symptomatisch einfach fokal epileptischen Anfällen und mit rezidivierender passagerer brachiofazialer sensibler Hemisymptomatik links. Unter antikonvulsiver Therapie sei sie anfallsfrei. Auch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Status nach Rezidiv einer Sinusvenenthrombose im Sinus sigmoideus rechts nach Beendigung der antikoagulatorischen Therapie. Ebenfalls ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien eine iatrogene Schädigung des Nervus saphenus links und ein chronisches zervikales und lumbales Syndrom. Die über viele Jahre bestehenden Nackenschmerzen würden sich aus neurologischer Sicht nicht erklären lassen, weshalb diese in erster Linie orthopädisch eingeschätzt werden müssten. Ähnlich sei die Situation in der lumbalen Wirbelsäule. Auch hier würde die Versicherte einen lokalen Schmerz ohne jegliche Ausstrahlung in die Beine beklagen. Bezüglich neuropsychologischen Defiziten hält Dr. M. \_\_\_\_\_ fest, dass es nicht gänzlich ausgeschlossen sei, dass subtile neuropsychologische Einschränkungen Folge der zweimaligen Sinusvenenthrombose seien. Wahrscheinlich sei dies aber nicht, da sich in der Bildgebung keine entsprechende strukturelle Hirnläsion habe nachweisen lassen. Aus Sicht von Dr. M. \_\_\_\_\_ seien die Sinusvenenthrombosen komplett ausgeheilt. Die Versicherte habe keine Kopfschmerzen angegeben, welche im Vorgutachten noch beklagt worden seien. Auch sei sie seit Jahren anfallsfrei. Sie habe lediglich noch ein gelegentliches kurzes Elektrisieren im Bereich des rechten Mundwinkels beklagt, welches schwierig einzuordnen sei, denn für einen fokalen sensiblen epileptischen Anfall sei die Episode zu kurz und das sensible Areal würde auch eher einem peripheren Nerv entsprechen. Die beidseitigen Kniebeschwerden und Schmerzen im Vorfussbereich hätten sich nicht neurologisch erklären lassen. Ebenso wenig hätten sich die beklagten neuropsychologischen Auffälligkeiten im Gespräch nachvollziehen lassen. Eine Gesprächsführung sei, ohne Hinweise auf Konzentrations- oder Auffassungsstörungen,

problemlos möglich gewesen. Im Vergleich zum Vorgutachten liessen sich aktuell weder ein Gesichtsschmerz noch ein chronischer Kopfschmerz diagnostizieren. Unklar sei die Bemerkung der Advokatin, wonach bei der Versicherten erneut epileptische Anfälle aufgetreten seien, aufgrund derer sie hätte hospitalisiert werden müssen. Die Versicherte habe dies nicht erwähnt und auch in den Akten würde sich nichts dazu finden. Dr. M.\_\_\_\_ attestiert eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

6.5.4 Frau O.\_\_\_\_ war für das neuropsychologische Teilgutachten zuständig. Sie hält darin fest, dass aufgrund aggravierendem Verhalten weder eine Diagnose mit als auch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Unter diesen Umständen würden die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden und wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde liefern können, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene Leistungsniveau abbilden würden. Andererseits würde auch das Risiko bestehen, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten.

6.5.5 Dr. N.\_\_\_\_ hält in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 16. Dezember 2019 fest, dass keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehen würden. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Aktuell würde seit zwei Jahren keine psychiatrische Behandlung mehr stattfinden. Bis auf Zolpidem habe die Versicherte auch keine Psychopharmaka eingenommen, wobei die Laborbefunde gegen eine Abhängigkeit sprechen würden. Es liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor und die Versicherte könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Bürogehilfin im Betrieb des Ehemannes acht Stunden am Tag arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht könne in der aktuellen Untersuchung die von med. prakt. G.\_\_\_\_ bei der Versicherten festgestellte rezidivierende depressive Störung nicht bestätigt werden. Die Versicherte habe in den letzten zwei Jahren auf psychiatrische Behandlung verzichtet, ohne einen depressiven Rückfall zu erleiden. Gemäss ihrer Aussage brauche sie das nicht und sie fühle sich psychisch gesund.

6.6 In der RAD-Beurteilung vom 19. Dezember 2019 hält Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, fest, dass das MZR-Gutachten vom 16. Dezember 2019 die bekannten, justiziablen Kriterien erfülle. Formell seien die orthopädischen Diagnosen jedoch unter Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufzulisten, weil sie die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ausdrücklich nicht limitieren würden. Ab 17. Mai 2017 sei bis anhin und bis auf Weiteres von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen.

6.7 Im RAD-Bericht vom 28. Juli 2020 hält Dr. P.\_\_\_\_ fest, dass für die Zeitspanne zwischen dem 16. Februar und dem 1. Oktober 2017 entgegen der Arbeitsunfähigkeitsverlaufsbeurteilung des MZR-Gutachtens von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit gemäss Verlaufsbeurteilung des RAD vom 16. November 2017 auszugehen sei. Auch bezüglich der Zeitspanne zwischen dem 17. Dezember 2018 bis 18. März 2019 hält Dr. P.\_\_\_\_ fest, dass vom MZR-Gutachten abzuweichen sei. Es sei dem ärztlichen Verlaufsbericht vom 28. Februar 2019 von Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, zu folgen, wonach für

diese Zeitspanne aufgrund von Komplikationen nach Kryotherapie des Ramus infrapatellaris am linken Kniegelenk eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Vom 19. März 2019 an und bis auf Weiteres würde eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen.

6.8 Im Verlaufsbericht vom 17. September 2020 von Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erläutert sie die zwei Konsultationen vom 10. August 2020 und vom 17. September 2020. In der Konsultation vom 10. August 2020 habe sie beidseitig eine fortgeschrittene Tarsometatarsalgelenks-Arthrose (TMT-Arthrose) diagnostiziert. Beim linken Fuss würde im Weiteren der Verdacht auf ein grosses dorsales Ganglion bestehen. In der Konsultation vom 17. September 2020 sei das Ganglion durch ein MRI bestätigt worden. Die Patientin habe von massiven Beschwerden berichtet. In der Folge habe Dr. R.\_\_\_\_ bei beiden Füessen eine Infiltration durchgeführt.

6.9 Dem Einwand vom 6. Februar 2021 opponierend hält Dr. P.\_\_\_\_ im RAD-Bericht vom 16. Februar 2021 fest, dass am bisherigen Begutachtungsergebnis festzuhalten sei. Allein aus dem Umstand, dass die Begutachtung im MZR im September 2018/2019 erfolgt sei, würde sich das Argument der fehlenden Beweiskraft nicht nachvollziehen lassen, denn die Problematik rund um die Knieprothesensituation wie auch der Mittelfussgelenke sei vom MZR-Gutachten bereits hinlänglich gewürdigt worden. In diesem Sinne sei auch von orthopädischer Seite das Zumutbarkeitsprofil ermittelt worden. Bezüglich einer von der Rechtsvertreterin eingewendeten Neuropathie hält Dr. P.\_\_\_\_ fest, dass die neurologische Begutachtung diesbezüglich keine objektivierbaren Befunde geliefert habe. Vielmehr hätten sich die schmerzgeprägte Symptompräsentation im Bereich des Achsenorgans zervikal und lumbal neurologisch nicht zuordnen lassen. Auch die subjektiven Beschwerdeangaben bezüglich Konzentrationsstörungen seien neurologisch im ausdrücklich langen Anamnesegespräch nicht verifizierbar gewesen. Neue medizinische Befunde, welche eine abweichende Beurteilung nahelegen würden oder gar belegen könnten, seien von der Rechtsvertreterin nicht vorgelegt worden, weshalb sich auch keine erneute Begutachtung aufdrängen würde. Bezüglich der Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. N.\_\_\_\_ hält Dr. P.\_\_\_\_ fest, dass dieser aus psychiatrischer Sicht das Ergebnis der Vorbegutachtung von med. prakt. G.\_\_\_\_, der bei der Versicherten eine rezidivierende depressive Störung festgestellt habe, im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht habe bestätigen können. Dr. N.\_\_\_\_ würde dies letztlich nachvollziehbar damit begründen, dass die Versicherte in den letzten zwei Jahren trotz fehlender psychiatrischer Behandlung keinen depressiven Rückfall erlitten habe und auch in der aktuellen Begutachtung keine Hinweise auf eine depressive Störung feststellbar gewesen seien. Damit habe der psychiatrische Gutachter trotz knapper Ausführungen gleichwohl nachvollziehbar begründet, wie er zu seiner Beurteilung gekommen sei, die vom Vorgutachten in Sachen zumutbarer Arbeitsfähigkeit abweichen würde. Die angemahnte fehlende Diskussion einer Dissimulation in der aktuellen Begutachtung würde sich in der jüngsten Begutachtung offensichtlich nicht stellen, weil die Versicherte diesbezüglich auch in der gezielten Exploration keinerlei Angaben gemacht habe und bereits seit zwei Jahren vor der Begutachtung keine psychiatrische Behandlung mehr in Anspruch genommen worden sei. Im Weiteren sei es so, dass Dr. N.\_\_\_\_ entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin sehr wohl die chronische Schmerzproblematik in eine Diagnose gefasst habe, indem er sie nämlich als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, allerdings unter Diagnosen ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit, eingestuft habe. Zusammenfassend seien auch auf psychiatrischem Fachgebiet keine neuen medizinischen Erkenntnisse präsentiert worden, welche eine Abweichung vom vorliegend psychiatrischen Gutachten oder gar eine erneute Begutachtung begründen würden.

7. Vorweg ist festzuhalten, dass die von der IV-Stelle vorgenommene Aufteilung der Bereiche Haushalt und Erwerb sowie auch die Einschränkung im Haushaltsbereich von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet werden. Auch die ermittelten Arbeitsunfähigkeiten gemäss den Vorgutachten werden von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht infrage gestellt. Sie ergeben sich aus der dokumentierten gesundheitlichen Entwicklung und den erforderlichen Rehabilitationszeiten nach den operativen Eingriffen. Hingegen wird die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss MZR-Gutachten vom 16. Dezember 2019 bestritten. Dieses Gutachten beleuchtet die Entwicklung des Gesundheitszustandes seit dem medexperts-Gutachten vom 2. November 2016. Gemäss den Gutachtern des MZR sei es aus somatischer Sicht zu einer vorübergehenden Verschlechterung durch den Knieprothesenwechsel links am 16. Februar 2017 gekommen. Dieser Eingriff habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit drei Monate postoperativ nach sich gezogen. Anschliessend ab Mitte Mai 2017 haben die Gutachter eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Beschäftigung attestiert. Diese 100%ige Arbeitsfähigkeit würde sich durch den Wegfall einer Einschränkung aus psychiatrischer Sicht erklären lassen.

7.1 Im Gegensatz zum MZR-Gutachten hat die IV-Stelle nach dem Knieprothesenwechsel vom 16. Februar 2017 bis 1. Oktober 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und nach verzögerter Heilung des Knies per 2. Oktober 2017 bis 16. Dezember 2018 eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen. Für die 40%ige Arbeitsunfähigkeit ab 2. Oktober 2017 lassen sich, abgesehen von der Erklärung von Dr. J.\_\_\_\_ vom 16. November 2017, der ab diesem Zeitpunkt die gleiche Arbeitsunfähigkeit wie vor der Operation vom 16. Februar 2017 annahm, keine ärztlichen Begründungen finden. Folgt man dem MZR-Gutachten, müsste für diese Zeit korrekterweise wohl von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Dies kann aber schlussendlich offenbleiben, da bei der Anwendung der gemischten Methode des Einkommensvergleiches für diese Zeit so oder anders kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert. Entgegen dem MZR-Gutachten und unter Bezugnahme auf den Verlaufsbericht vom 28. Februar 2019 von Dr. Q.\_\_\_\_ nahm die IV-Stelle sodann für die Zeit vom 17. Dezember 2018 bis 18. März 2019 zu Recht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit an, weil sich bei der Beschwerdeführerin nach Kryotherapie des Ramus infrapatellaris am linken Knie eine heftige, aber vorübergehende Schmerzzunahme eingestellt hatte.

7.2 Die Beschwerdeführerin lässt einwenden, dass sich der psychiatrische Gutachter nicht mit den Vorakten befasst habe, insbesondere nicht mit den früheren Beurteilungen. Sie macht geltend, dass der psychiatrische Gutachter des MZR verpflichtet gewesen wäre, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung aus den früheren Gutachten zu übernehmen, weil er mangels echtzeitlicher eigener Untersuchungen gar nicht in der Lage gewesen sei, eine abweichende Diagnose für die Vergangenheit zu stellen. Zwar ist der Beschwerdeführerin dahingehend beizupflichten, dass es wünschenswert gewesen wäre, eine Erklärung des psychiatrischen Gutachters des MZR, Dr. N.\_\_\_\_, zur Entwicklung zu erhalten. Allerdings muss diesbezüglich berücksichtigt werden, dass die Beschwerdeführerin sich in den zwei Jahren vor der Begutachtung

durch das MZR nicht mehr psychiatrisch hat behandeln lassen und darum auch keine echtzeitlichen Berichte für diese Zeit vorliegen. Ohne diese war es Dr. N.\_\_\_\_ nicht möglich, eine aussagekräftige Bewertung vorzunehmen. Er gibt denn auch nicht an, dass zu keiner Zeit eine depressive Störung vorhanden gewesen wäre, sondern lediglich, dass im Untersuchungszeitpunkt diese Diagnose von ihm nicht mehr habe gestellt werden können, weil er in der Untersuchungssituation keine Anhaltspunkte für eine solche Störung feststellen konnte. Im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse erscheint dies auch nachvollziehbar. Des Weiteren ist der Beschwerdeführerin wohl zuzustimmen, wenn sie sagt, dass die Diagnose auf remittierte depressive Episode hätte lauten müssen. Für die Invalidenversicherung kommt es aber nicht vorwiegend auf die Diagnose an, sondern auf die Auswirkungen eines Leidens auf die Arbeitsfähigkeit. Bezüglich diesem Punkt gibt das psychiatrische Teilgutachten für die Zeit ab Dezember 2019 schlüssig Antwort, weshalb auch darauf abgestellt werden kann. Entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin hat Dr. N.\_\_\_\_ auch Bezug auf die Vorbegutachtung durch med. prakt. G.\_\_\_\_ und die damals festgestellte rezidivierende depressive Störung mittelgradiger Ausprägung genommen. Allein der Verzicht auf psychiatrische Behandlung und Medikation in den zwei Jahren zuvor, ohne einen depressiven Rückfall zu erleiden, spricht an sich noch nicht gegen eine psychische Beeinträchtigung. Relevant ist aber die darüber hinausgehende, schlüssig begründete Feststellung von Dr. N.\_\_\_\_, dass es aktuell keine Hinweise auf eine depressive Störung geben würde. Damit ist für das Kantonsgericht erstellt, dass es seit der Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ und med. prakt. G.\_\_\_\_ zu einer Besserung des Gesundheitszustandes in psychiatrischer Hinsicht gekommen ist. Dass die Beschwerdeführerin seit zwei Jahren keine psychiatrische Behandlung und Medikation in Anspruch genommen hat, ist folglich für die Einschätzung nicht ausschlaggebend gewesen.

7.3 Die Beschwerdeführerin wendet im Weiteren ein, dass Dr. N.\_\_\_\_ im Gegensatz zu den Vorbegutachtern Dr. E.\_\_\_\_ und med. prakt. G.\_\_\_\_ die fehlenden Ressourcen nicht erkannt habe. Diesbezüglich muss ihr entgegengehalten werden, dass Dr. N.\_\_\_\_ ein Mini-ICF-APP durchgeführt hat, mit welchem Fähigkeitsbeeinträchtigungen erfasst und ihre Schwere beurteilt werden. Dieses zeigte eine weitgehend uneingeschränkte Funktionsfähigkeit. Leichte Beeinträchtigungen waren nur in den Bereichen Verkehrsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit und Kontaktfähigkeit zu Dritten auszumachen. Weiter wird eingewendet, dass Dr. N.\_\_\_\_ nicht auf die Problematik eines allfälligen Medikamentenübergebrauchs eingegangen sei. Hierzu ist festzuhalten, dass Dr. N.\_\_\_\_ Laborbefunde vorlagen und er keine Auffälligkeiten feststellen konnte. Gemäss Dr. N.\_\_\_\_ habe der von der Beschwerdeführerin angegebene regelmässige Konsum von Zolpidem zwar für eine iatrogene Abhängigkeit gesprochen, allerdings sei der Plasmaspiegel des Zolpidems hierfür zu tief gewesen. Dr. N.\_\_\_\_ hat sich dementsprechend durchaus mit den Ressourcen und einem allfälligen Medikamentenübergebrauch auseinandergesetzt. Aus der blossen Tatsache, dass er die Ressourcen als vorhanden betrachtet hat, kann die Beschwerdeführerin keine fehlende Beweiskraft des MZR-Gutachtens ableiten.

7.4 Die Beschwerdeführerin spricht in ihrer Beschwerde auch die Aggravation an, die von Frau O.\_\_\_\_ im neuropsychologischen Teilgutachten vom 16. Dezember 2019 festgestellt wurde. Diese Aggravation ging aus dem Antwortverhalten der Beschwerdeführerin im Rahmen der Abklärung hervor. Die Beschwerdeführerin wendet ein, dass allein schon die Tatsache, dass das

Gutachten nur gestützt auf nicht näher dargelegte Testungen ohne Beilage der Testbögen eine Aggravation feststelle, führe dazu, das Gutachten in Zweifel ziehen zu müssen. Diesbezüglich ist zu bemerken, dass es üblich ist, Testbögen nicht beizulegen. Dies wird damit begründet, dass die Testbögen unter Verschluss bleiben müssen, weil ansonsten ständig andere Symptomvalidierungsverfahren zur Prüfung eines aggravatorischen Verhaltens entwickelt werden müssten. Diese Frage muss jedoch vorliegend nicht weiter vertieft werden. Entscheidend ist, dass einerseits die neuropsychologische Abklärung keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde ergeben hat, es andererseits aber dem neurologischen Gutachter Dr. M.\_\_\_\_ gleichwohl möglich war, zu eruieren, ob die erlittenen Sinusvenenthrombosen weiterhin einschränkende Folgen haben. Dr. M.\_\_\_\_ hat unter Verweis auf die Bildgebung und die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin laut eigener Aussage keine Kopfschmerzen mehr habe und im Weiteren seit Jahren anfallsfrei sei, feststellen können, dass diesbezüglich eine komplette Heilung eingetreten ist.

7.5 Die Beschwerdeführerin wendet im Weiteren ein, dass die Beweiskraft des MZR-Gutachtens auch deshalb anzuzweifeln sei, weil es die inzwischen eingetretene Verschlechterung nicht berücksichtige. Sie hat im vorliegenden Verfahren die Untersuchungsberichte der behandelnden Orthopäden eingereicht, die nach dem MZR-Gutachten datieren. Daraus ergibt sich, dass sich die Beschwerdeführerin wegen der Knieproblematik und Problemen mit den Füßen Infiltrationen unterzogen hat, die zum Teil eine Verbesserung des Zustandes gebracht haben. Ausserdem hat sie sich neue Schuheinlagen anpassen lassen. Hier verkennt die Beschwerdeführerin aber, dass die Kniebeschwerden nach Knieprothesenwechsel nicht nur in den Diagnosen, sondern auch in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden sind. Weiter wurden von der Beschwerdeführerin schon in der gutachterlichen Untersuchung Schmerzen in beiden Füßen angegeben. Die Experten sind davon ausgegangen, dass nur noch körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten möglich sind, ohne Zwangshaltung der Hals- und Lendenwirbelsäule, ohne Knien und ohne Hocken, sowie ohne erhöhte Sturzgefahr. In einer solchen Tätigkeit attestieren sie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ab Mitte Mai 2017, drei Monate nach dem Knieprothesenwechsel. Dr. P.\_\_\_\_ hat die neuen Berichte in der RAD-Beurteilung vom 17. September 2021 analysiert. Er erklärt darin schlüssig, dass sich mit den zusätzlichen Beschwerden und der eingeschränkten Belastbarkeit der Füße nichts am gutachterlich ermittelten Zumutbarkeitsprofil ändert, weil die Gutachter bezüglich der unteren Extremitäten bereits massgebliche Funktionseinschränkungen berücksichtigt haben. Die Fussproblematik wirkt sich also nicht additiv zur Knieproblematik aus. Dr. P.\_\_\_\_ erklärt darin weiter, dass die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit rein administrativ, also körperlich leicht, schwerpunktmässig sitzend, in der Autowerkstatt ihres Ehemannes tätig gewesen ist, so dass bei massgeblich eingeschränkter Funktion der unteren Extremitäten, wie sie aus der Knieproblematik links schon berücksichtigt worden sind, nichts dazu komme. Folglich wurden die Problematiken rund um das Knie und die Füße im MZR-Gutachten dadurch genügend gewürdigt, dass im Hinblick auf körperliche Tätigkeiten weitreichende Einschränkungen attestiert wurden. Der Ansicht der Beschwerdeführerin, wonach dem MZR-Gutachten aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterungen keine Beweiskraft zukomme, kann dementsprechend nicht gefolgt werden.

7.6 Die Beschwerdeführerin möchte sodann bei der Berechnung des Invalideneinkommens einen leidensbedingten Abzug berücksichtigt haben. Allerdings hat die IV-Stelle den Invaliditätsgrad gestützt auf die Lohnverhältnisse in der letzten Anstellung im Betrieb des Ehemannes ermittelt. Dabei handelte es sich um konkrete Einkommenszahlen, die einerseits abgestimmt auf die Löhne ohne gesundheitliche Einschränkung unter Berücksichtigung des Erwerbsums, dass die Versicherte im Gesundheitsfall gemäss ihren Angaben ausgeübt hätte, und andererseits des medizinisch zumutbaren Pensums im Betrieb des Ehemannes, abgestuft nach den fachärztlich attestierten Arbeitsunfähigkeiten, berechnet wurden. Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Vernehmlassung zu Recht ausführt, entfällt bei einem solchen Prozentvergleich die Möglichkeit eines leidensbedingten Abzugs (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 21. November 2011 8C\_241/2011 E. 3.2).

7.7 Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 13. August 2021 nicht zu be-  
anstanden und die dagegen erhobene Beschwerde somit abzuweisen.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Be-  
willigung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht  
kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert  
im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen  
ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten  
in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach  
§ 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in ange-  
messenen Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, wes-  
halb ihr die Verfahrenskosten aufzuerlegen sind. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvor-  
schuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend wird  
keine Parteientschädigung ausgerichtet.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
  2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem bereits geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
  3. Es wird keine Parteienschädigung ausgerichtet.