

200 20 817 IV
FUE/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 11. Mai 2021

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

IV-Stelle Bern
Scheibenstrasse 70, Postfach, 3001 Bern
Beschwerdegegnerin

betreffend Verfügung vom 30. September 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1979 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... mit ..., bei der C._____ AG mit einem Vollpensum angestellt gewesen, meldete sich am 25. November 2009 aufgrund einer inkompletten Querschnittlähmung, bestehend seit dem 20. September 2009 (...), bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2, 13, 88/5). Die IVB holte die Akten des zuständigen Unfallversicherers, der D._____, ein und nahm erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor (act. II 10, 13, 17 f., 32, 40 f., 48 f., 55). Weiter gewährte die IVB bauliche Änderungen und Hilfsmittel (act. II 26 - 28, 30 f., 35, 45). Im weiteren Verlauf liess die D._____ unter Einbezug der IVB (act. II 59 f.) die Versicherte durch Dr. med. E._____, Facharzt für Chirurgie, begutachten (Expertise vom 23. August 2012 [act. II 61]) und sprach ihr mit Verfügung vom 6. November 2012 (act. II 62) ab dem 1. Januar 2013 eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % sowie eine Integritätsentschädigung von 55 % zu. Mit Verfügung vom 24. September 2013 (act. II 80) sprach die IVB der Versicherten mit Wirkung ab dem 1. September 2010 eine halbe Rente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % zu. Diese Verfügung blieb unangefochten. Der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente wurde von der IVB am 16. Dezember 2014 und 2. November 2016 bestätigt (act. II 112, 121).

Im Rahmen einer im Juni 2019 von Amtes wegen eingeleiteten Revision gab die Versicherte einen unveränderten Gesundheitszustand an (act. II 122, 129). Die IVB holte erwerbliche sowie medizinische Unterlagen ein (act. II 124, 132, 134) und liess die Versicherte durch die F._____ (MEDAS) orthopädisch/traumatologisch und neurologisch begutachten (Expertise vom 29. Januar 2020 [act. II 149.1], neurologisches Teilgutachten vom 3. Dezember 2019 [act. II 149.4] und orthopädisch/traumatologisches Teilgutachten vom 21. Dezember 2019 [act. II 149.3]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) verfügte die IVB

am 30. September 2020 die Aufhebung der bisherigen halben Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (act. II 152, 159, 162 f.).

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 29. Oktober 2020 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihr weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 4. Dezember 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen

über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 163). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und hierbei insbesondere die revisionsweise Aufhebung der halben Invalidenrente per 30. November 2020.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliede-

rungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4

2.4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

2.4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

2.4.3 Als zeitliche Vergleichsbasis ist einerseits der Sachverhalt im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung und andererseits derjenige zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung zu berücksichtigen (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 351, 125 V 368 E. 2 S. 369; SVR 2010 IV Nr. 53 S. 166 E. 3.1). Wurde die Rente zuvor bereits revidiert oder bestätigt, so ist als zeitliche

Vergleichsbasis die letzte rechtskräftige Verfügung heranzuziehen, sofern eine materielle Überprüfung des Leistungsanspruches tatsächlich stattgefunden hat, d.h. eine rechtskonforme (medizinische) Sachverhaltsabklärung, eine Beweiswürdigung und gegebenenfalls – sofern Hinweise für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands bestanden – ein Einkommensvergleich durchgeführt worden sind (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114; SVR 2019 IV Nr. 68 S. 220 E. 2).

2.4.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

3.

3.1 Zunächst ist zu prüfen, ob sich der Sachverhalt im Zeitraum zwischen der ursprünglichen Rentenverfügung vom 24. September 2013 (act. II 80) und der angefochtenen Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 163) massgebend verändert hat (vgl. E. 2.4.2 und 2.4.3 hiervor). Die Mitteilungen vom 16. Dezember 2014 (act. II 112) und 2. November 2016 (act. II 121) sind entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 Art. 3) keine massgebenden Vergleichszeitpunkte, beruhten sie doch nicht auf einer umfassenden Überprüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (vgl. 2.4.3 hiervor).

3.2 In medizinischer Hinsicht basierte die rentenzusprechende Verfügung vom 24. September 2013 (act. II 80) im Wesentlichen auf dem chirurgischen Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 23. August 2012 (act. II 61). Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (act. II 61/32 i.V.m. 37):

... am 3. April 2011 (richtig: 20. September 2009) mit/bei:

1. Thoraxtrauma mit:

- S22.4 Rippenserienfraktur beidseits, rechts 7 Rippen, links 11 Rippen
- S22.2 Mehrfragmentäre Fraktur des Sternums
- S27.0 Traumatischer Pneumothorax links und apikal rechts
- S27.3 Lungenkontusionsblutung beidseits mit Dystelektasen und Erguss beidseits
- 2. Wirbelsäulentrauma mit:
 - S22.0 Instabiler BWK7-Fraktur mit Hinterkantenbeteiligung
 - S22.1 Fraktur der Processus transversi BWK7 beidseits
 - S32.0 Fraktur der Processus transversi LWK1 und 4 links
 - S34.3 Verletzung der Cauda equina mit passagerer schlaffer Parese der unteren Extremitäten
- 3. Abdominaltrauma mit:
 - S36.1 Subkapsuläres Hämatom der Leber
 - S35.7 Paravasat unterhalb der Aortenbifurkation und paraaortal links auf Höhe des linken Nierenunterpools
Freie Flüssigkeit perihepatisch und perisplenisch
Klinisch abdominellem Kompartmentsyndrom bei massivem retroperitonealen Hämatom
- 4. Beckentrauma mit:
 - S32.7 Beckenringverletzung Typ C mit Acetabulum-Fraktur beidseits, mehrfragmentärer Sakrumfraktur mit Intraforamina Beteiligung, unterer und oberer Schambeinastfraktur beidseits
 - S39.0 Quetschung und Ruptur peritrochantärer Muskeln beidseits
- 5. S72.3 Femurschafttrümmerfraktur links mit Ausbildung multipler Ossifikationen
- 6. S82.1 Zweitgradig offene Tibiaplateau-Fraktur rechts
- S09.9 Nasenbeinfraktur

Dr. med. E. _____ hielt fest (act. II 61/35 und 37), die Beschwerdeführerin sei schwerst polytraumatisiert worden. Im Vordergrund stünden Verletzungsfolgen aufgrund der instabilen Beckenfrakturen, das Becken sei regelrecht zertrümmert worden, insbesondere das Sakrum. Hier sei es zu Nervenschäden gekommen. Die Muskulatur sei zum Teil zerfetzt und narbig adhärent. Beide Hüftgelenkspfannen seien frakturiert, links mit einer Impression. Auch von Seiten der Wirbelsäule ergäben sich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, das Hauptproblem bestehe aber in den neurogen bedingten Schmerzen aufgrund der Beckenfrakturen. Die Beschwerden seien nachvollziehbar, es bestünden Dauerschmerzen sowohl im Sitzen wie auch bei Bewegung und auch im Stehen. Zusätzlich gebe die Beschwerdeführerin eine psycho-physische Ermüdbarkeit an, die im Laufe des Tages zunehme. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als ...

bei der C._____ AG hielt Dr. med. E._____ fest (act. II 61/39), es bestehe eine ideal angepasste Tätigkeit. Die Beschwerdeführerin werde von belastenden Arbeiten soweit wie möglich entbunden, so müsse sie nicht vor Ort bestimmte Destinationen, die in der Peripherie lägen, mit den Teilnehmern besichtigen. Sie sei auch entbunden worden von Besuchen mehrerer Zurzeit arbeite sie zu 90 % im Rahmen der aktuellen 50 %-Tätigkeit an einem Projekt, ausschliesslich sitzend-stehend. Das Projekt sollte allerdings im nächsten Monat beendet werden, so dass sie wieder die übliche Tätigkeit als ... durchführe. Eine Steigerung über vier Stunden sehe er nicht. Dass die Beschwerdeführerin mit den bestehenden Schmerzen arbeite, beweise eine hohe Motivation und Selbstdisziplin. Zusätzlich zur zeitlichen Einschränkung bestünden keine leistungsmässige Einbusse oder weitere Limitierungen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit hielt Dr. med. E._____ fest (act. II 61/39), wie bereits erwähnt, handle es sich um eine optimal adaptierte Tätigkeit, diese sei problemangepasst und zumutbar, allerdings nur im Rahmen eines vierstündigen Einsatzes.

3.3 Bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 163) präsentierte sich die medizinische Aktenlage wie folgt:

3.3.1 In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung des orthopädisch-/traumatologisch-neurologischen Gutachtens der MEDAS vom 29. Januar 2020 wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben (act. II 149.1/7). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt (act. II 149.1/7):

1. Status nach Polytrauma am 20. September 2009 mit
 - Knöchern konsolidierten Rippenserienfrakturen beidseits
 - Knöchern konsolidierter instabiler BWK-7-Fraktur mit Hinterkantenbeteiligung
 - Status nach stumpfem Bauchtrauma und abdominellem Kompartmentsyndrom
 - Knöchern konsolidierte Beckenringverletzung Typ C mit Acetabulumfrakturen beidseits, mehrfragmentärer Sacrum-Fraktur mit interforaminaler Beteiligung, unterer und oberer Schambeinastfraktur beidseits
 - Knöchern konsolidierte Femurschaftfraktur links
 - Status nach Implantation einer Hüftgelenktotalendoprothese links aufgrund einer posttraumatischen Coxarthrose 09/2018
 - Knöchern konsolidierte Tibiaplateaufraktur rechts

- Knöchern konsolidierte Nasenbeinfraktur
 - Minimale residuelle sensomotorische Defizite (minime Schwäche der peronealen Muskulatur rechts, ausserdem sensible diskrete Ausfälle sub L4 mit Schwerpunkt der sakralen Segmente) mit/bei
 - Status nach sensomotorisch inkompletter Paraplegie sub L4
 - belastungsabhängige Schmerzen tieflumbal bis sakral
2. Degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule ohne klinische Bewegungseinschränkung und ohne neurologische Auffälligkeiten

Die Gutachter hielten fest (act. II 149.1/ 8 ff.), nach der schweren Polytraumatisierung sei es erstaunlich schnell zu einer deutlichen Besserung insbesondere der Lähmung der unteren Extremitäten gekommen. Die Beschwerdeführerin habe ihre bis dato ausgeübte Tätigkeit wieder aufnehmen können. Die klinische Untersuchung anlässlich der vorliegenden Begutachtung sei erstaunlich unauffällig gewesen, es hätten sich keine wesentlichen Einschränkungen mehr ergeben, die Beweglichkeit der HWS sei frei gewesen, bei der Untersuchung der Funktion der Brust- und Lendenwirbelsäule habe die Beschwerdeführerin augenscheinlich mühelos mit durchgestreckten Kniegelenken mit den Fingerkuppen den Boden erreicht. Einschränkungen der Gelenkfunktion der unteren Extremitäten seien nicht mehr zu objektivieren gewesen, insbesondere nicht des linken Hüftgelenks nach Totalendoprothesen(TEP)-Implantation. Aus heutiger Sicht sei der Verlauf und die Prognose des Krankheitsgeschehens sehr positiv, weitere Behandlungsoptionen seien nicht mehr anzugeben. Die Beschwerdeführerin selber gebe keine wesentlichen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen an. Sie beschreibe freizeitliche Aktivitäten wie ... , ... , ... , etc. Insofern sei auch aus Sicht der Beschwerdeführerin wieder eine erhebliche Besserung eingetreten, die eine nahezu normale Freizeitaktivität ermögliche. Auch sei nach eigenen Angaben das ... wieder möglich. Insofern ergäben sich keine Einschränkungen für eine Berufstätigkeit in angepasster Tätigkeit. Die zwischenzeitlich aufgetretenen Schmerzen der Halswirbelsäule seien zum Zeitpunkt der jetzigen Untersuchung nicht mehr vorhanden. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten auszuführen. Diese müssten überwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit von eigengewählten Positionswechseln durchgeführt werden. Keine Zwangshaltungen für die unteren Extremitäten, keine Gerüst- und Leitertätigkeiten, keine Zwangshaltungen für die Wirbelsäule. Bei der Selbsteinschätzung stelle die Beschwerdeführ-

lerin im Wesentlichen chronische Schmerzen dar, die phasenweise, jedoch eher selten, die Einnahme von Schmerzmedikamenten (MST 10) notwendig machten. Vor dem Hintergrund der Freizeitaktivitäten sei hier jedoch nicht von invalidisierenden Schmerzen auszugehen.

Zu den Fragen, ob sich im Vergleich zur medizinischen Aktenlage, die der Verfügung vom 24. September 2013 zugrunde gelegen habe, eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben habe und falls ja, ob sich durch die genannten Veränderungen die Arbeitsunfähigkeit in angestammter und die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit verändert habe, hielten die Gutachter fest (act. II 149.1/9 ff.), es sei, wie schon im Gutachten vom 23. August 2012 prognostiziert, zu einer zunehmenden posttraumatischen Arthrose des linken Hüftgelenks gekommen, so dass im September 2018 die Hüft-TEP-Implantation links notwendig geworden sei. Somit habe sich zwischen August 2012 und September 2018 eine signifikante Verschlechterung der Situation des linken Hüftgelenks eingestellt, deren genaue Terminierung aufgrund der diesbezüglich dürftigen Aktenlage und Berichterstattung schwierig sei. Aussagekräftige Unterlagen und insbesondere eine Funktionsbeschreibung des linken Hüftgelenks vor der TEP-Implantation lägen nicht vor. Des Weiteren verliefen solchermassen geartete posttraumatische Veränderungen schleichend und ein genauer Zeitpunkt der Verschlechterung sei nur sehr ungenau anzugeben. Daher werde vorgeschlagen, die Einschätzungen des Gutachtens von Dr. med. E. _____ vom 23. August 2012 mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bis zur Implantation der Hüfttotalprothese links zugrunde zu legen und drei Monate nach der Hüfttotalprothese links würden die aktuell ausführlich begründeten Arbeitsfähigkeiten von 100 % in der angestammten bzw. in einer adaptierten Tätigkeit gelten.

3.3.2 Im Bericht vom 18. März 2020 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4) führte Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, die folgende (Haupt-)Diagnose auf:

- Chronischer Low back pain sowie Schmerzen beim Sitzen rechtsbetont bei heterotopen Ossifikationen Os ischium resp. Adduktorenansatz rechts sowie heterotope Ossifikationen Gluteus medius links sowie Spondylarthrose L5/S1 und Ossifikationen L5/S1

Prof. Dr. med. G._____ hielt – Stellung nehmend zum bidisziplinären Gutachten – fest, es sei richtig, dass durch die Implantation der Hüfttotalprothese links eine Verbesserung der Schmerzsituation eingetreten sei. Es bestünden aber weiterhin Restbeschwerden, die gut nachzuvollziehen seien wie der low back pain, aber auch der Unmöglichkeit des längeren Sitzens aufgrund der Ossifikationen in den Adduktoren resp. auch der Ossifikation im lumbosakralen Übergang, nachdem dort ausgedehnte heterotope Ossifikationen entfernt worden seien und auch Spondylarthrosen bestünden. Er empfehle, dass eine Neubeurteilung mittels Gutachten durchgeführt werden sollte, allenfalls auch mittels MRI-Untersuchung der LWS und des Beckens zur Beurteilung der fettigen Degeneration der gesamten tieflumbalen Muskulatur, aber auch der Glutealmuskulatur, nachdem ausgedehnte Ossifikationen über die Jahre nicht nur abdominal, sondern auch am Os ischium und auch gluteal hätten entfernt werden müssen. In dieser Hinsicht sei weiterhin ein gewisser Integritätsschaden vorhanden, vor allem aufgrund der chronischen Lumbalgien bei Spondylarthrosen und Verfettung der tiefen Muskulatur, was sicher in Zukunft noch zu weiteren Folgeschäden führen werde. Ebenfalls müsse bei der doch noch jungen Patientin davon ausgegangen werden, dass auch eine Überbeanspruchung der Hüfttotalprothese eintreten werde mit gewissem Risiko der frühzeitigeren Lockerung.

3.3.3 Prof. Dr. med. G._____ gab im Bericht vom 23. April 2020 (act. II 159/5 f.) zur durchgeführten MRI-Untersuchung der HWS, der LWS sowie des Beckens die folgenden (Haupt-)Diagnosen an:

- Fettige Degeneration L4 - S1 des Erector trunci sowie ausgeprägte Spondylarthrose L4/5 rechts sowie heterotope Ossifikationen und Verknöcherungen L5/S1 links mit minimaler linkskonvexer lumbaler Skoliose
- Fettige Degeneration des M. gluteus minimus sowie Atrophie Gluteus maximus und medius links
- Bewegungseinschränkung bei Status nach dorsaler offener Stabilisierung Th5 - 9 bei instabiler Th7-Fraktur am 29. September 2009 sowie Materialentfernung an der BWS am 5. Juli 2011
- Muskeldefekte Hamstrings rechts und ausgedehnte Vernarbungen sowie Ossifikationen in der Adduktorenmuskulatur rechts

Prof. Dr. med. G._____ führte aus, objektiv müsse festgehalten werden, dass sowohl im Glutealbereich Muskelatrophien auf der linken Seite

beständen als auch in den Adduktoren auf der rechten Seite mit Hamstring-Defekten als auch heterotopen Ossifikationen. Daneben zeige sich eine Synostose L5/S1 nach komplexer Beckenfraktur und lumbopelviner Stabilisierung sowie auch massive fettige Degenerationen der tiefen LWS-Muskulatur mit zudem auch deutlicher Spondylarthrose L4/L5 rechts. In dem Sinn könne auch bei klinisch guter Beweglichkeit nachvollzogen werden, dass die Patientin chronische Lumbalgien habe und diese im Verlauf wahrscheinlich zunehmen würden und zu einer progredienten Degeneration L4/5 posttraumatisch führten; dies müsse in Zukunft allenfalls mit einer Neuinstrumentierung gelöst werden. Die Adduktorenprobleme auf der rechten Seite mit Vernarbungen würden kaum angegangen werden können bei diffusen kleinen Ossifikationen. Ebenfalls habe die Glutealmuskulatur auf der linken Seite einen gewissen Schaden erlitten. Zudem müsse auch langfristig mit einer Revisions Hüftprothese bei doch sehr mobiler und aktiver Patientin gerechnet werden.

3.4 Aus dem Vergleich des zu Händen des Unfallversicherers erstellten Gutachtens des Dr. med. E. _____ vom 23. August 2012 (act. II 61), das Basis für die rentenzusprechende Verfügung vom 24. September 2013 (act. II 80) bildete, mit dem bidisziplinären Gutachten der MEDAS vom 29. Januar 2020 (act. II 149.1 - 149.6), welches in medizinischer Hinsicht als Grundlage für die angefochtene Verfügung vom 30. September 2020 (act. II 163) diene, erhellt, dass sich in orthopädischer Hinsicht Veränderungen dergestalt ergeben haben, dass sich zunächst eine – durch die Gutachter der MEDAS zeitlich nicht klar verortbare – signifikante Verschlechterung der Situation des linken Hüftgelenks (posttraumatische Arthrose) eingestellt hatte, weshalb eine Totalprothesen-Implantation links im September 2018 erfolgte (act. II 134/2). Durch die Hüftoperation hat sich die Beweglichkeit des linken Hüftgelenks im Vergleich zum Vorgutachten alsdann erheblich verbessert (act. II 61/27, 149.3/15 Ziff. 2, 149.5/1). Ferner hat sich auch die Beweglichkeit der oberen Extremitäten sowie des Achsorgans verbessert (act. II 149.1/10 Ziff. 2). Aus neurologischer Sicht gab die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration an, bezüglich HWS-Probleme sei sie nunmehr eigentlich beschwerdefrei und seit der Hüfttotalprothese im September 2018 sei sie bezüglich dieser Schmerzen beschwerdefrei, das Hüftgelenk funktioniere "wie geschmiert" (act. II

149.3/3 oben). Diese Angaben korrelieren mit dem Bericht des behandelnden Prof. Dr. med. G. _____ vom 18. März 2020, der bestätigte, dass es durch die Implantation der Hüftgelenksprothese links zu einer Verbesserung der Schmerzsituation gekommen sei (act. I 4). Ferner hat gemäss der neurologischen Expertin der MEDAS im Vergleichszeitpunkt eine ausgeprägte Muskelschwäche der unteren Extremitäten und vor allem des rechten Beins bestanden, woraus sie überzeugend folgerte, dass sich die Motorik weitgehend erholt habe (act. II 149.4/11).

Mithin hat sich die somatische Situation seit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 24. September 2013 (act. II 80) zunächst erheblich verschlechtert, indes nach der Totalprothesen-Implantation links im September 2018 massgebend verbessert, indem nun eine verbesserte Beweglichkeit des linken Hüftgelenks im Vergleich zum Vorgutachten besteht und auch die diesbezüglichen Schmerzen nicht mehr bestehen. Ferner hat sich die Motorik der unteren Extremitäten weitgehend erholt. Damit liegt ein medizinischer Revisionsgrund bzw. liegen allenfalls mehrere Revisionsgründe vor (vgl. E. 3.5 sogleich).

3.5 In erwerblicher Hinsicht ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin die Festanstellung bei der H. _____ AG (act. II 111/2) per 31. August 2019 kündigte und fortan bei dieser Arbeitgeberin im Stundelohn mit einem Pensum von 20 - 30 % arbeitete und daneben ein Fernstudium für ... besuchte (act. II 129/3, 134/3, 149.4/3). Mithin ist mit dem Wegfall der Festanstellung bzw. der damit einhergehenden Pensums- und Lohnreduktion (auch) ein erwerblicher Revisionsgrund eingetreten (THOMAS ACKERMANN, Die Bemessung des Invaliditätsgrades, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Sozia-
lversicherungstagung 2012, S. 34).

Wegen des medizinischen und erwerblichen Revisionsgrundes ist der Rentenanspruch frei zu prüfen (vgl. E. 2.4.4 hiavor).

4.

4.1

4.1.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

4.1.2 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.1.3 Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Gegenstand des Beweises ist somit das Vorhandensein einer entscheidungserheblichen Differenz in den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt folglich wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung

des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 40 E. 4.2 und 4.2.1).

Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet wird, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (SVR 2018 IV Nr. 13 S. 41 E. 4.2.2).

4.1.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht 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 (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2 Das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 29. Januar 2020 (act. II 149.1), auf das sich die Beschwerdegegnerin bei der im Streit liegenden Rentenaufhebung stützte, genügt den Anforderungen sowohl an die Beweiskraft hinsichtlich des Beweisthemas im Revisionskontext – erhebliche Änderungen des Sachverhalts (vgl. E. 4.1.3 hiervor) – als auch der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht in allen Teilen und zwar aus den folgenden Gründen:

4.2.1 Zunächst imponiert, dass der orthopädische Experte zur Anamnese festhielt, es sei "Im Laufe der Zeit zu einer zunehmenden schmerzhaften Bewegungseinschränkung des linken Hüftgelenks gekommen, so dass im September 2018 [...] die Implantation einer Hüftprothese links notwendig geworden sei" (act. II 149/3). Zur Frage nach dem zeitlichen Verlauf legte er dar, die Aktenlage und die Berichterstattung seien "eher dürftig", aussagekräftige Unterlagen vor der Totalprothesen-Implantation lägen nicht vor, weshalb – quasi notgedrungen – bis zur Operation die Einschätzung von Dr. med. E. _____ zugrunde zu legen sei und drei Monate nach der Operation die Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen Tätigkeit (act. II 149.3/14). In diesem Zusammenhang hatte bereits der RAD-Arzt Dr. med. I. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, der aufgrund der offenen Fragen eine Begutachtung empfohlen hatte, am 20. September 2019 konstatiert, der Krankheitsverlauf prä- und postoperativ sei "im Dossier nicht dokumentiert", so dass zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit dem Hüftgelenkserersatz "keine Aussage getroffen werden" könne. Er äusserte sich lediglich – aber immerhin – insoweit, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der Operation für einen Zeitraum von zwei bis drei Monaten für jedwede Tätigkeit arbeitsunfähig geworden sei (act. II 136/6). Den Akten ist zusätzlich zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin das Arbeitspensum per 1. Juli 2017 aufgrund der körperlichen Leistungsfähigkeit und der immer wieder auftretenden Schmerzen von 50 % auf 40 % reduziert habe (Fragebogen für Arbeitgebende vom 24. Juli 2019 [act. II 132]; vgl. auch act. II 149.3/3). Im Revisionsfragebogen vom 21. Juni 2019 (act. II 129) gab die Beschwerdeführerin an, aus gesundheitlichen Gründen sei per August 2018 eine Reduktion des Pensums von 50 % auf 40 % erfolgt. Schliesslich wurde im Einwand vom 5. Mai 2020 festgehalten, die Hüftbeschwerden (links) hätten seit April 2018 bestanden (act. II 159/1). Das Gutachten der MEDAS ist somit bezüglich der prä- und postoperativen Arbeitsunfähigkeit nicht beweiskräftig. Diesbezüglich besteht jedoch Abklärungsbedarf erst ab Juni 2019, da das vorliegende Revisionsverfahren im Juni 2019 von Amtes wegen eingeleitet und eine allfällige Rentenerhöhung aufgrund einer allfälligen Gesundheitsverschlechterung erst von dem für die Revision von Amtes wegen vorgesehenen Monat an erfolgen würde (Art. 88^{bis} Abs. 1 lit. b der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR

831.201]). Auch wenn die nicht beweiskräftigen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit betreffend Operation von September 2018 hier nicht massgebend sind, führen sie zusammen mit den anderen Mängeln der Expertise (vgl. E. 4.2.2 hiernach) zu deren Unverwertbarkeit.

4.2.2 Was die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie einer adaptierten Tätigkeit – vollschichtige Arbeitsfähigkeit bei vollem Rendement (act. II 149.1/9) – anbelangt, fehlt eine nachvollziehbare und einleuchtende Begründung für die erhebliche Verbesserung im Vergleich zur Einschätzung des Vorgutachters Dr. med. E. _____ aus dem Jahr 2012. Allein mit Blick auf die postoperativ eingetretenen funktionellen Verbesserungen, namentlich der Beweglichkeit des linken Hüftgelenks und der oberen Extremitäten sowie des Achsorgans (act. II 149.1/10 Ziff. 2), sowie die Verbesserung der Schmerzsituation im Hüftgelenksbereich (act. II 149.3/3 oben) erklärt sich die nunmehr – laut den Experten der MEDAS – uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht schlüssig. Dies deshalb nicht, weil laut dem Vorgutachter Dr. med. E. _____ die 50 %-ige Arbeitsunfähigkeit vor allem den sakralen (d.h. auf das Kreuzbein bezogenen) Schmerzen (im Sitzen wie auch bei Bewegung und im Stehen) geschuldet war, denen ein erklärbares somatisches Korrelat namentlich in Form der Sakrumtrümmerfraktur mit Läsionen des lumbosakralen Plexus zugrunde lag (act. II 61/30 und 34 f.). Inwiefern sich diese lumbosakralen Schmerzen durch die Hüftoperation verbessert haben sollten, erhellt aus dem Gutachten der MEDAS nicht. Im Rahmen der neuerlichen Begutachtung gab die Beschwerdeführerin zu ihrem jetzigen Leiden denn auch an, dies seien die Schmerzen des Beckens, des Kreuz- und Steissbeins. Diese Schmerzen seien eigentlich seit dem Unfall unverändert vorhanden. Die Schmerzen träten vor allem beim längeren Sitzen, Stehen oder Gehen auf (act. II 149.3/2 Ziff. 3.2, 149.4/2 Ziff. 3.2). Korrelierend dazu schilderte sie zum arbeitsbezogenen Beschwerdebild, dass sie in der jetzigen Tätigkeit überwiegend sitzen müsse, bereite ihr Schmerzen tiefsakral bis zum Steissbein und ins Gesäss ziehend, wobei ein Stehpult nicht den gewünschten Effekt gebracht habe (act. II 149.3/3, 149.4/3). Dass die Beschwerdeführerin unter chronischen Schmerzen leidet, zogen die Experten nota bene auch nicht in Zweifel. Gegenteils hielt die neurologische Expertin die geschilderten Beschwerden ("geblieben ist eine konstante Schmersymptomatik tieflumbal

bis sakral") für konsistent und plausibel bzw. konstatierte, die Schmerzan-
gaben entsprechen den erlittenen Verletzungen und die Untersuchungser-
gebnisse seien valide und nachvollziehbar (act. II 149.4/8 Ziff. 7.3 - 7.4).

Die im Vergleich zum Vorgutachten um 100 % höhere Einschätzung der
Arbeitsfähigkeit begründeten die Gutachter der MEDAS letztlich einzig mit
den Freizeitaktivitäten. Diesbezüglich gingen sie offenkundig davon aus,
dass die Beschwerdeführerin im hier relevanten Zeitraum einen erhebli-
chen Zuwachs an Freizeitaktivitäten bzw. eine nahezu normale Freizeitakti-
vität ausweise. Hingewiesen wurde darauf, dass sie , ... betreibe, ...
und auch ... wieder möglich sei. Aus diesen Aktivitäten schienen die Gut-
achter alsdann den direkten Schluss auf eine erheblich verbesserte
Schmerzsituation und eine fehlende Einschränkung für eine Berufstätigkeit
zu ziehen, wie aus den verwendeten Formulierungen "Insofern [aufgrund
der geschilderten Aktivitäten] ergeben sich keine Einschränkungen für eine
Berufstätigkeit in angepasster Tätigkeit", "Vor dem Hintergrund der Frei-
zeitaktivitäten ist hier jedoch nicht von invalidisierenden Schmerzen auszu-
gehen" und "Was auffällt ist, dass die Versicherte trotz der geklagten
Schmerzen wieder einige Freizeitaktivitäten [...] durchführen kann" erhellt
(act. II 149.3/12 f. Ziff. 7.3 - 7.4, 149.4/8 Ziff. 7.3). Diese Begründung über-
zeugt nicht. Bereits gegenüber Dr. med. E. _____ gab die Beschwerde-
führerin zu den "Activities of Daily Living" (ADL) und den Hobbys an, ... zu
gehen, und zu ... (act. II 61/21). Desgleichen gab sie bereits in der
Rehakonferenz vom 9. Februar 2011 – nota bene noch vor der Begutach-
tung durch Dr. med. E. _____ – an, und erstmals wieder einmal
... gegangen zu sein (act. II 41). Mithin konnte sie diese Freizeitaktivitäten
bereits im Zeitpunkt des Erstgutachtens ausüben bzw. ist ein wesentlicher
Ausbau solcher Aktivitäten entgegen den Gutachtern der MEDAS nicht
erkennbar. Dass die Beschwerdeführerin die genannten Freizeitaktivitäten
nunmehr wesentlich intensiver bzw. uneingeschränkter ausüben könnte,
wie der orthopädische Gutachter annahm ("nahezu normale Freizeitaktivität
ermöglicht"; act. II 149.3/12 Ziff. 7.3), was von der Beschwerdeführerin in-
des – wenn auch ohne Begründung – bestritten wird (Beschwerde S. 6; vgl.
aber die Ausführungen im Einwand [act. II 159/2 f.]), ist gestützt auf das in
diesem Punkt bloss oberflächlich ausgefallene Gutachten der MEDAS
ebenfalls nicht ausgewiesen, hat der orthopädische Experte insbesondere

keinerlei konkreten Angaben zur Art und Weise bzw. Dauer der Ausübung der Freizeitaktivitäten erhoben (act. II 149.3/4 und 12). Gegenüber der Neurologin hat die Beschwerdeführerin lediglich angegeben,, "soweit es gehe" und aktuell "natürlich viel kürzer und zurückhaltender ..." als vor dem Unfall (act. II 149.4/4). Allein damit und ohne nähere Befragung ist jedenfalls keine wesentliche Steigerung der Freizeitaktivitäten seit dem Vorgutachten des Dr. med. E._____ erstellt, welche den gutachterlichen Schluss auf eine nunmehr gänzliche Arbeitsfähigkeit untermauerte.

Schliesslich ist auch der verminderte Konsum von MST® (Wirkstoff Morphin; vgl. <www.Compendium.ch>) als weitere Begründung für die von den Gutachtern angenommene verbesserte Schmerzsituation (und damit einhergehender Verbesserung der Arbeitsfähigkeit) mit einem Mangel behaftet. Die neurologische Expertin der MEDAS stützte sich bei ihrer Einschätzung, wonach die Beschwerdeführerin 2013 noch viel höhere Dosen MST gebraucht habe als aktuell (bei Bedarf MST Continus 10mg, zirka einmal pro Woche oder auch nur alle zwei Wochen) auf einen Bericht des Zentrums L._____ (act. II 149.4/4, 6, 11) vom 3. Januar 2013 (act. II 90/7 - 10), wonach aktuell die Schmerzen unter bedarfsweiser Einnahme von MST 10mg weitgehend gut kompensiert seien. Die Beschwerdeführerin gab indes auch gegenüber Dr. med. E._____ (Exploration vom 6. August 2012; act. II 61/2) an, MST 10 Continus – mithin dieselbe Dosis wie im Gutachten der MEDAS geschildert – nehme sie nach Bedarf ein, wobei sie namentlich aufgrund der Nebenwirkungen weitgehend auf dieses Medikament verzichten möchte (act. II 19 Ziff. 5). Dr. med. J._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erwähnte am 14. April 2014 eine MST-10-Einnahme bei Bedarf (act. II 90/3). Ferner berichtete Dr. med. K._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, am 18. Juli 2016 von einer Einnahme von MST 10mg bei Bedarf (alle paar Tage; act. II 118/3) und erneut am 16. August 2019 von einer Einnahme von MST 10mg bei Bedarf (act. II 134/3). Ob im Vergleichszeitraum somit eine relevante Reduktion des MST-Konsums tatsächlich stattgefunden hat, ist nicht erstellt. Dies umso weniger, als die Beschwerdeführerin zwischen der orthopädischen und neurologischen Begutachtung der MEDAS ebenfalls MST Continus einnahm (act. II 149.4/5, 159/2).

4.2.3 Was allfällige psychische Beschwerden betrifft, ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin phasenweise das Antidepressivum Duloxetin über mehrere Wochen und Monate einnahm, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwierigkeiten, rasche Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderter Belastbarkeit beklagte sowie über das Wiederauftreten einer Essstörung berichtete (act. II 149.3/4, 149.6/1, 159/3). Dies Umstände rechtfertigen eine Abklärung auch in psychiatrischer Hinsicht.

4.3 Zusammenfassend ist das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS von 29. Januar 2020 (act. II 149.1) mit erheblichen Mängeln behaftet und genügt daher den Anforderungen an die Beweiskraft (vgl. E. 4.1.2 hiavor) nicht, weshalb weitere Abklärungen notwendig sind. Folglich ist die Beschwerde gutzuheissen und die Sache ist an die Verwaltung zurückzuweisen, da es sich bei der Abklärung der psychischen Problematik (vgl. E. 4.2.3 hiavor) um eine bisher vollständig ungeklärte Frage handelt (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264). Die Beschwerdegegnerin hat eine polydisziplinäre Begutachtung bei einer bislang nicht involvierten MEDAS zu veranlassen sowie über den Leistungsanspruch neu zu verfügen.

5.

5.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- ist der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft des Urteils zurückzuerstatten.

5.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festge-

setzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG).

Rechtsanwalt B. _____ macht mit Kostennote vom 16. Dezember 2020 ein Honorar von Fr. 3'037.50 (11.25 Std. à Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 25.20 und Mehrwertsteuer von Fr. 235.85 (7.7 % von Fr. 3'062.70), total Fr. 3'298.55, geltend, was nicht zu beanstanden ist. Die Parteientschädigung wird demnach für das vorliegende Verfahren auf Fr. 3'298.55 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt; diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 30. September 2020 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 3'298.55 (inkl. Auslagen und MWST), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.