

200 22 625 IV
KNB/BOC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 20. Juni 2024

Verwaltungsrichter Knapp, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 16. September 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1973 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2015 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Hinsichtlich der Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung verwies sie auf Schwangerschaftsbeschwerden, eine Depression während der Schwangerschaft, ein Polytrauma (Femurfraktur rechts, Femurschaftfrakturen rechts, HWS-Frakturen, Fraktur BWK1/LWK1 - 4), ein Thoraxtrauma und ein stumpfes Bauchtrauma nach einem ... (act. II 1/5 Ziff. 6.2 f.). Nach Abklärung des Leistungsanspruches sprach die IVB der Versicherten mit Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 76) bei einem Invaliditätsgrad von 71 % ab dem 1. Februar 2016 eine ganze Rente zu, dies bei einem Status von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt. Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Rahmen einer Revision von Amtes wegen bestätigte die IVB am 11. Juni 2019 die Weiterausrichtung der bisherigen ganzen Rente (act. II 87).

B.

Mit Schreiben vom 3. März 2021 (act. II 89) informierte die zuständige Unfallversicherung, die C. _____ AG (nachfolgend: C. _____), die Versicherte unter Gewährung des rechtlichen Gehörs, dass die Heilungskosten und Taggelder per 15. März 2021 eingestellt würden, kein Rentenanspruch bestehe und eine Integritätsentschädigung von 60 % bzw. Fr. 75'600.-- ausgerichtet werde.

Die IVB leitete im März 2021 abermals eine Revision von Amtes wegen ein (act. II 90). Im entsprechenden Revisionsfragebogen vom 19. März 2021 (act. II 94) gab die Versicherte an, ihr Gesundheitszustand sei seit dem letzten Rentenentscheid unverändert. Die IVB nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 93, 98, 102), holte die Akten der

C._____ sowie eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (act. II 95.1 - 95.9, 104, 129.1 - 129.9), wobei in den Akten der C._____ zwei Gutachten der D._____ (MEDAS) enthalten waren (Expertise vom 20. Juli 2018 in den Fachgebieten Psychiatrie, Orthopädie/Traumatologie und Innere Medizin [act. II 95.4/376 - 445] und Expertise vom 14. Dezember 2020 in denselben Fachgebieten [act. II 129.3/1 - 73]). Am 10. September 2021 schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab (act. II 110). Zudem liess sie einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (Bericht vom 4. Februar 2022 [act. II 114]). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren und der Einholung einer Stellungnahme des RAD (act. II 115, 118, 123, 131) verfügte die IVB am 16. September 2022 (act. II 132) bei einem im Rahmen der gemischten Methode (Status 70 % Erwerb und 30 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 37 % die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats bzw. per Ende Oktober 2022.

Am 27. Oktober 2022 verfügte die C._____ (act. II 135), dass die Taggeldleistungen und Heilungskosten per 15. März 2021 eingestellt worden seien, kein Rentenanspruch bestehe sowie die Integritätsentschädigung Fr. 75'600.-- (60 %) betrage.

C.

Gegen die Verfügung der IVB vom 16. September 2022 (act. II 132) erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 18. Oktober 2022 Beschwerde. Sie beantragt, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ein gerichtliches, polydisziplinäres Gutachten, mindestens der Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie unter Einbezug einer neuropsychologischen Erhebung, durchzuführen und der Beschwerdeführerin gestützt darauf eine IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

Mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Auf entsprechende Anfragen des Instruktionsrichters hin reichte die C._____ am 3. März 2023 per E-Mail eine Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 23. Februar 2023 und am 5. April 2023 die Einsprache der Beschwerdeführerin im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren vom 7. November 2022 inklusive Beilage ein. Die erwähnten Eingaben wurden mit prozessleitender Verfügung vom 6. April 2023 zu den Akten erkannt und den Parteien zur Kenntnisnahme zugestellt. Gleichzeitig wurde das Beweisverfahren geschlossen.

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 16. September 2022 (act. II 132). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und

dabei insbesondere die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente per Ende Oktober 2022.

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 Am 1. Januar 2022 sind die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705, BBI 2017 2535) und die Änderung vom 3. November 2021 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201 [AS 2021 706]) in Kraft getreten. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Liegt bei einem Revisionsfall die massgebende Änderung vor dem 1. Januar 2022, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig bis 31. Dezember 2021 Anwendung. Liegt die massgebende Änderung nach dem 31. Dezember 2021, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig ab 1. Januar 2022 Anwendung. Der Zeitpunkt der massgebenden Änderung bestimmt sich nach Art. 88a IVV (Dreimonatsfrist; Rz. 9102 des Kreis-schreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]). Vorliegend war mit dem MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 (act. II 129.3/1 - 73) eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erstellt (vgl. E. 4.7 hiernach). Der massgebende Zeitpunkt für die Verbesserung ist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV März 2021, womit vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültigen Bestimmungen (fortan: aArt.) zur Anwendung gelangen.

2.2 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.3 Gemäss aArt. 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 (aArt. 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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

2.4.5 Bei Versicherten, welche die Leistung weder unrechtmässig erwirkt noch die Meldepflicht verletzt haben, erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV).

3.

3.1 Vorliegend ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 76) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. September 2022 (act. II 132) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine Änderung eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 und 2.4.3 hier- vor). Bejahendenfalls ist eine umfassende freie Prüfung des Leistungsanspruchs vorzunehmen (vgl. E. 2.4.4 hier- vor). Die Mitteilung vom 11. Juni 2019 (act. II 87), mit welcher über die weitere Ausrichtung der ganzen Ren- te informiert wurde, bildet vorliegend keinen Vergleichszeitpunkt, da damals keine umfassende Prüfung des Leistungsanspruches erfolgt war (vgl. E. 2.4.3 hier- vor).

3.2 In medizinischer Hinsicht präsentierte sich der Sachverhalt bis zur Verfügung vom 7. September 2018 (act. II 76) folgendermassen:

3.2.1 Gemäss telefonischer Auskunft von Dr. med. E. _____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 11. August 2017 (act. II 63/6) weile die Beschwerdeführerin weiterhin stationär in der Rehaklinik F. _____. Sie leide an einer komplexen Verletzung des rechten Ober- schenkels, der Heilungsverlauf sei langwierig gewesen. Sie könne zurzeit das rechte Bein nur teilweise belasten, d.h. bis zu 30kg. Sie gehe aktuell an Krücken und sei nicht belastbar. Die Frage, ob die Beschwerdeführerin aktuell in der Lage wäre, sich um Haushaltsarbeiten zu kümmern, wurde von Dr. med. E. _____ klar verneint. Sie könne aktuell ca. 200 - 300m an Stöcken mit Pausen zurücklegen, für längere Strecken sei sie noch auf den Rollstuhl angewiesen.

3.2.2 In dem von der Unfallversicherung C. _____ veranlassten ME- DAS-Gutachten vom 20. Juli 2018 mit Untersuchungen am 11., 22. und 26. Juni 2018 in den Fachgebieten Psychiatrie, Orthopädie/Traumatologie und Innere Medizin (act. II 95.4/376 - 445) wurden die folgenden unfallrelevan- ten Diagnosen aufgeführt (act. II 95.4/393):

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Epi- sode (ICD-10: F33.1), ursächlich reaktive Einflüsse

2. Belastungseinschränkung des rechten Oberschenkels nach zweitgradig offener Oberschenkelfraktur und multiplen Operationen
3. Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenks nach hüftgelenksnaher Fraktur und DHS-Osteosynthese
4. Hochgradige, multidirektionale Instabilität des rechten Kniegelenks
5. Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule bei multietagerer HWS-Fraktur und operativer Stabilisierung/Versteifung der Halswirbelsäule
6. Grosse Narbenhernie des linken Mittel- und Unterbauchs nach wiederholter Spongiosaentnahme aus dem linken Beckenkamm

Als nicht unfallrelevante Diagnosen wurden die Folgenden festgehalten (act. II 95.4/394):

1. Zustand nach schwerer psychischer und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert (ICD-10: F53.1)
2. Zustand nach schwerer depressiver Episode (ICD-10: F32.2), ursächlich endogene Einflüsse, durch reaktive Faktoren mit ausgelöst
3. Adipositas BMI 33.1 kg/m²
4. Gemischte Hyperlipoproteinämie
5. Verdacht auf nicht-alkoholische Fettlebererkrankung
6. Leichte CRP-Erhöhung unklarer Ursache

Die Experten gaben an (act. II 95.4/394), die Beschwerdeführerin leide an den Folgen eines ... am 11. Februar 2015. Der ... sei auf eine unfallunabhängige postpartale Psychose im Rahmen einer Schwangerschaftsdepression zurückzuführen. Während diese ursprüngliche depressive Erkrankung, die endogener Genese gewesen sei, mittlerweile abgeklungen sei, dominiere weiterhin eine mittelgradig depressive Episode, die nunmehr als Folge des Unfalls reaktiv bedingt werde.

Die Gutachter führten aus (act. II 95.4/398 Ziff. 8.1 f.), die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als ... in Bezug auf ein 100 %-Pensum betrage aufgrund unfallbedingter Ursachen 0 %. Aufgrund krankheitsbedingter Ursachen betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %. Insgesamt betrage die Arbeitsfähigkeit 0 %. Aufgrund unfallbedingter Ursachen bestehe eine 100%ige Einschränkung in allen ausser lediglich leichten Tätigkeiten. Die Gehfähigkeit sei stark eingeschränkt, da die Beschwerdeführerin auch für kürzere Gehstrecken auf zwei Unterarmgehstützen angewiesen sei. Nachzuvollziehen sei eine rasche Ermüdbarkeit aufgrund der Veränderungen der Halswirbelsäu-

le und der Schmerzen des rechten Beins und der Belastungseinschränkung.

Zu den noch zumutbaren Tätigkeiten hielten die Gutachter fest (act. II 95.4/399 Ziff. 8.3), zumutbar seien aufgrund unfallbedingter Ursachen 25 %, 2 Stunden pro Tag unter Beachtung des genannten Belastungsprofils. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, lediglich leichte und ganz einfache Tätigkeiten auszuüben. Die Tätigkeiten müssten nahezu ausschliesslich im Sitzen sein, mit der Möglichkeit der selbst gewählten Positionswechsel. Weitere Voraussetzungen seien klar vorgegebene Handlungsrichtlinien und es müssten die Möglichkeiten für zusätzliche Pausen eingeräumt werden. Krankheitsbedingte Ursachen seien nicht vorhanden. Insgesamt liege die Zumutbarkeit bei 25 %.

3.2.3 Im Austrittsbericht der Rehaklinik F. _____ vom 27. September 2017 (act. II 57/3 ff.) im Zusammenhang mit den Aufenthalt vom 6. Februar bis 27. September 2017 wurden die folgenden (Haupt- und Neben-)Diagnosen aufgeführt:

- Osteosyntheseversagen mit Pseudarthrose rechts mit/bei:
 - St.n. Polytrauma bei ... vom 11. Februar 2015 bei DD Psychose, DD ...
- Iatrogene Insuffizienzfraktur Crista iliaca links nach Beckenkammsspongiosaentnahme 24. Januar 2017
- Postoperative Blutungsanämie
- St.n. ... 02/2015: DD postpartale Psychose, DD Depression
- Nebendiagnosen
 - Depression
 - St.n. Notfall-Sectio caesarea Isthmica transversa 4. Februar 2015
 - St.n. anämischer und kreislaufrelevanter vaginaler Blutung bei Plazenta praevia 5. Februar 2015

Bei Klinikaustritt sei die Beschwerdeführerin mit Unterarmgehstöcken mobil gewesen in der Ebene und auf der Treppe. Die berufliche Tätigkeit als ... sei aktuell nicht zumutbar. Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 27. September 2017 attestiert.

3.3 Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 16. September 2022 (act. II 132) basiert im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Unterlagen:

3.3.1 Dr. med. G. _____, Facharzt für Chirurgie, hielt in der Aktenbeurteilung vom 19. Juni 2019 (act. II 129.4/14 - 16) fest, in dem jetzt vorgelegten Bericht (des Spitals H. _____ vom 29. November 2018 [act. II 129.4/40 f.]) würden keine Beschwerden mehr im Bereich des rechten Hüftgelenks angegeben. Die Röntgenbilder zeigten den komplett integrierten Graft mit guter Kallusformation. Es sei also seit der MEDAS-Begutachtung im Juli 2018 eine wesentliche Verbesserung eingetreten.

3.3.2 In dem ebenfalls von der Unfallversicherung C. _____ veranlassenen MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 mit Untersuchungen in den Fachgebieten Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin und Psychiatrie (act. II 129.3/1 - 73) wurden die folgenden unfallrelevanten Diagnosen gestellt (act. II 129.3/6):

- Belastungsminderung der rechten unteren Extremität mit sekundärer Beinverkürzung von 3.5 cm
 - nach zweitgradig offener Oberschenkelfraktur nach multiplen Operationen, zuletzt Femur-Rekonstruktion mittels Fibula-Transfer und Osteosynthese
 - nach hüftgelenksnaher Fraktur und DHS-Osteosynthese
 - mit multidirektionaler Instabilität des rechten Kniegelenkes
- Chronische Zervikozephalgie mit mittelgradiger Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule nach multietagerer Stabilisation/Versteifung der Halswirbelsäule C4 bis Th1

Als nicht unfallrelevante Diagnosen wurden die Folgenden aufgeführt (act. II 129.3/7):

- Adipositas (BMI von 36.7 kg/m²)
- Gemischte Hyperlipoproteinämie
- Hyperurikämie
- V.a. nichtalkoholische Fettlebererkrankung
- Verdacht auf arterielle Hypertonie
- Leichte Leukozytose (als pathologischer Laborwert)
- CRP-Erhöhung unklarer Ätiologie (als pathologischer Laborwert)
- Zustand nach schwerer psychischer Verhaltensstörung im Wochenbett (ICD-10: F53.1)
- Zustand nach rezidivierender depressiver Störung, weitgehend remittiert (ICD-10: F33.4) mit diskreter, residueller ängstlich-depressiver Symptomatik

Die Gutachter gaben an (act. II 129.3/6 Ziff. 3), neben endogenen Faktoren und einer familiären Disposition zu depressiven Störungen beständen psy-

choreaktive Einflüsse, beispielsweise die Veränderung der Lebenssituation, auch eine noch im Hintergrund spürbare Verunsicherung durch die passagere Trennung vom Ehemann. In diesem Zusammenhang entstünden auch die von der Beschwerdeführerin geschilderten Zukunftsängste. Insoweit sei also nunmehr ein Wechsel der Wesensgrundlage eingetreten und unfallbedingte psychische Störungen könnten nicht mehr wahrscheinlich gemacht werden. Psychoreaktive Zuflüsse im Hinblick auf die Wahrnehmung der somatisch begründeten Folgen des ... aus dem Jahre 2015 spielten zwar möglicherweise noch eine untergeordnete Rolle, aber unter Berücksichtigung des Zeitablaufs sei klar davon auszugehen, dass eine psychoreaktive Symptomatik im Sinne einer Anpassungsstörung mit emotionalen Symptomen (Angst und Depression) nicht mehr diagnostiziert werden könne.

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus (act. II 129.3/11 f. Ziff. 8.1 f.), in der bisherigen Tätigkeit als ... unter Berücksichtigung des bisherigen Arbeitspensums von 100 % bestehe aufgrund unfallbedingter somatischer Ursachen eine 0%ige Arbeitsfähigkeit. Es sei keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Aufgrund krankheitsbedingter Ursachen bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (8.5 Stunden pro Tag, 70 % Leistung). Insgesamt bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine 0%ige Arbeitsfähigkeit.

Aufgrund unfallbedingter Ursachen bestünden auch für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten Einschränkungen: *Leichte Tätigkeiten* könnten von der Beschwerdeführerin ausgeübt werden. Tätigkeiten im Stehen und Gehen sollten vermieden werden. Die Gehleistungsfähigkeit sei stark eingeschränkt, die Beschwerdeführerin sei auf die Nutzung einer Unterarmgehstütze links angewiesen. Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Vorbeuge, Überkopfarbeiten, kniende und hockende Stellung) und erhöhten Anforderungen an die Standsicherheit (wie auf Leitern, Treppen oder Gerüsten), Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen (Hitze, Kälte und Nässe) sollten vermieden werden. In einer solchen Tätigkeit bestehe somatisch eine Arbeitsfähigkeit von 8.5 Stunden pro Tag mit einer 100%igen Leistung. Aufgrund krankheitsbedingter Ursachen bestünden Affektregulationsstörungen im Zuge der ängstlich-depressiven Symptomatik. Daraus resultiere aus rein psychiatrischer Sicht eine Einschränkung in

der Arbeitsfähigkeit von 30 % (integral betrachtet). Die Beschwerdeführerin könne lediglich Tätigkeiten durchschnittlicher geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsbereichen, ohne besonderen Zeitdruck und ohne Anforderung an die Konfliktfähigkeit verrichten. Auszuschliessen seien Nachtarbeitsbedingungen, da diese zu einer Verstärkung der depressiven Symptome führen könnten. Eine solche angepasste Tätigkeit sei 8.5 Stunden pro Tag mit einer 70%igen Leistung zumutbar.

3.3.3 Dr. med. I. _____, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, gab im Bericht vom 19. März 2021 (act. II 109/9 f.) betreffend die psychiatrische Beurteilung im entsprechenden MEDAS-Teilgutachten vom 8. September 2020 an, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 28. Mai 2019 in ihrer psychiatrischen ambulanten Behandlung. Initial habe die Beschwerdeführerin vor allem über ihre schwierige Situation bezüglich der zu dem Zeitpunkt noch aktuellen Trennung von ihrem Ehemann geklagt. Kurze Zeit später sei dieser wie bekannt zu ihr zurückgekehrt. Nun habe die Beschwerdeführerin über belastende Angstsymptome berichtet. Am sichersten fühle sie sich zu Hause, sie verlasse das Haus kaum noch, Ehemann und Söhne würden den Haushalt erledigen und einkaufen gehen. Sie versuche angstauslösende Situationen – soweit es gehe – zu meiden. Auch Räumlichkeiten, die sie an ein Spital erinnerten oder ein Spital selbst, würden ihr grosse Angst bereiten. Vom Unfallhergang an sich habe die Beschwerdeführerin jeweils in flüsterndem Ton berichtet. Im Weiteren habe sie wiederholt beschrieben, dass sie nicht mehr dieselbe Person wie früher sei, sie sei verändert, "ein anderer Mensch". Sie leide an Schlafstörungen, sei unruhig, wache vermehrt auf. Vor dem Unfall sei sie – abgesehen von der Depression – arbeitsfähig gewesen, habe im ... gearbeitet. Dies könne sie sich jetzt nicht mehr vorstellen. Aus ärztlicher Sicht müsse aufgrund der vorliegenden Symptome (Angst, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme, Vermeidungsverhalten) differentialdiagnostisch an eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) nach schwerem Unfall gedacht werden.

3.3.4 Dr. med. I. _____ führte im Bericht vom 8. Juni 2021 (act. II 102) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Rezidivierende Depression, aktuell remittiert ICD-10: F33.4

- St.n. schwerer depressiver psychotischer Episode mit ... 2015 (...)
 - Pos. FA: Vater mit Depressionen und ... 2019, Cousine vs mit Depressionen und ... 2021, ein Bruder mit Depressionen, eine Schwester mit Angststörung Phobische Ängste mit Vermeidungsverhalten ICD-10: F40.0
 - DD Posttraumatisch nach schwerem Unfall (...)
- Multiple Frakturen nach ...
- Bewegungseinschränkung, Schmerzen beim Gehen, bei längerem Sitzen

Dr. med. I. _____ gab an, zu Beginn der Behandlung (am 28. Mai 2019) habe ein reduzierter Zustand mit noch deutlichen psychischen Folgen des Unfalls bestanden, die Beschwerdeführerin habe Mühe gehabt, darüber zu sprechen, sie sei weinerlich, klagend über ihren körperlichen Zustand gewesen. Die Trennung von Seiten des Ehemannes habe sie belastet. Mittlerweile sei es zu einer zunehmenden Stabilisierung des psychischen Zustandes mit Besserung der Stimmung gekommen. Die Rückkehr des Ehemannes zu ihr habe zur psychischen Stabilisierung beigetragen. Aktuell stünden vor allem Ängste (zu stürzen, die Kontrolle zu verlieren) im Vordergrund. Dies traumabedingt, aber auch als Folge der Unsicherheit beim Stehen und Laufen. Die Beschwerdeführerin habe sich diesbezüglich eingerichtet, vermeide Höhe, Autofahren, Benutzen des öffentlichen Verkehrs. Vor einem Spitalaufenthalt hätte sie grosse Angst, sie würde lieber sterben wollen, als jemals wieder in ein Spital gehen zu müssen. Zudem habe sie grosse Angst, die Medikation zu ändern, da sie fürchte, dass sich ihr Zustand wieder verschlechtere bzw. Suizidgedanken aufkämen. Ihre psychische Verfassung habe sich dank der Medikamente verbessert. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie sich verändert habe, sie sei nicht mehr dieselbe Person wie früher. Sie sei ängstlich und unsicher, traue sich viele Dinge nicht mehr. Am wohlsten fühle sie sich zu Hause. Sie müsse viel liegen, sei schnell müde, habe immer wieder Schmerzen am Körper (Bein, Nacken, Hüfte). Sie könne nur kurze Strecken laufen, auch sitzend halte sie es nicht lange aus. Den Haushalt würden ihr Mann und der mittlere Sohn, der noch zu Hause wohne, erledigen. Sie könne lediglich beim Kochen etwas helfen. Eine Arbeitsfähigkeit sei aus medizinischer Sicht vor allem auch aufgrund der körperlichen Einschränkungen nicht gegeben (kein Stehen, Laufen ungehindert möglich, längeres Sitzen mit Schmerzen). Sowohl die bisherige Tätigkeit als ... als auch eine leidensangepasste Tätigkeit seien nicht möglich.

3.3.5 Im Bericht vom 12. August 2021 (act. II 104) hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, auf die Frage, welche Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen, fest, es liege eine mangelnde Belastbarkeit der Wirbelsäule (hauptsächlich der HWS) bei Zustand nach Spondylodese C4 bis Th1 vor, ebenso wie eine eingeschränkte Beweglichkeit ebendort. Weiter bestehe eine mangelnde Belastbarkeit mit Schonhinken infolge iatrogen verursachter Beinverkürzung rechts nach stattgehabter schwerer Frakturierung des Oberschenkels und der Hüfte rechts bei Zustand nach Polytrauma 02/2015, sowie kompliziertem Verlauf und Zustand nach mehreren rekonstruktiven Operationen. Auch hier bestehe eine eingeschränkte Beweglichkeit. Es liege eine chronisch rezidivierende depressive Erkrankung vor, derzeit mit Remission unter medikamentöser Therapie. Weiter bestehe ein metabolisches Syndrom bei Adipositas. Auf die Frage, ob – und gegebenenfalls, wie – sich der Gesundheitszustand seit Erlass der Verfügung vom 7. September 2018 verändert habe, hielt die RAD-Ärztin fest, er habe sich verändert, und zwar mit der Dokumentation einer psychischen Verbesserung, anlässlich der Konsultation bei der Psychiaterin Dr. med. I._____, ..., am 8. Juni 2021. Hier werde keine invalidisierende psychiatrische Diagnose mehr gestellt. Die Depression sei remittiert unter medikamentöser Therapie. Zum Zumutbarkeitsprofil für die bisherige Tätigkeit als Hilfskraft im ... gab Dr. med. J._____ an, diese Tätigkeit könne nicht mehr zugemutet werden. Zumutbar seien körperlich leichte Tätigkeiten in sitzender Position mit der Möglichkeit intermittierend, bedarfsweise eine wechselbelastende Position einzunehmen. Eine Gewichtsbelastung > 5kg könne nicht zugemutet werden. Die Tätigkeit mit angeführten Einschränkungen könne in einem 50 %-Pensum, d.h. für 4 h 15 min/Tag ohne zusätzliche Leistungsminderung angenommen werden. Hier seien die notwendigen Pausen schon eingerechnet. Zu vermeiden seien anhaltende Zwangshaltungen des Oberkörpers wie z.B. längeres Verharren in vornüber geneigter Haltung, des Weiteren anhaltende Zwangshaltungen der Halswirbelsäule (z.B. längeres Sitzen mit vorgeneigtem Kopf), stereotype Kopfbewegungen, Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers, Rotation des Oberkörpers im Sitzen/Stehen unter Gewichtsbelastung, das Heben von Lasten körperfern, jegliches Heben von Lasten über Brusthöhe, unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen, Überkopfarbeiten, repetitives Kauern,

Bücken oder Tätigkeiten in nach vorne geneigter Haltung, repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der HWS, das Besteigen von Leitern und Gerüsten. In Ausnahmefällen und in nicht repetitiver Weise könnten Gewichte von 5kg gehoben und getragen werden, dies jedoch nur bis Bauchhöhe. Kein längeres Stehen, kein Gehen, keine Arbeiten in gebückter Haltung, kein Hocken und Knien, kein Gehen auf unebenem Gelände, kein Abwärtsgehen, kein Hinunterspringen, kein Steigen auf Leitern und Gerüste, kein Treppensteigen. Die zugemuteten Arbeiten sollten nicht eine erhöhte Verantwortlichkeit voraussetzen, ebenso sollte Zeitdruck vermieden werden, des Weiteren sollte kein erhöhter Anspruch auf eine hohe Konzentrationsfähigkeit über einen längeren Zeitraum gestellt werden. Auch sollten die Arbeiten nicht ein erhöhtes Konfliktpotential beinhalten, ebenso wenig wie überdurchschnittliche geistige Fähigkeiten voraussetzen. Dies sei ab dem 8. Juni 2021 gültig.

3.3.6 In der Stellungnahme vom 15. September 2022 (act. II 131) führte die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____ aus, die Beschwerdeführerin habe laut Dokumentenlage keine fachärztlichen Konsultationen, z.B. im Bereich der Psychiatrie, Orthopädie oder Viszeralchirurgie nach der RAD-Stellungnahme vom 12. August 2021 mehr wahrgenommen. Eine Verschlechterung des Zustandes sei nicht durch fachärztliche Berichte dokumentiert. Es könne weiterhin auf das Zumutbarkeitsprofil vom 12. August 2021 abgestützt werden.

3.4 In der im vorliegenden Verfahren von der C. _____ eingereichten Stellungnahme vom 23. Februar 2023 (im Gerichtsossier) führten die MEDAS-Gutachter aus, die psychiatrische Exploration und die Gutachtenerstellung seien nach den Standards des psychiatrischen Fachgebietes erfolgt, die Exploration der Beschwerdeführerin habe sich dabei auch auf eingehende Erkenntnisse aus dem Dossier und der Vorbegutachtung vom 6. Juni 2018 stützen können. Viele psychobiographisch relevante Angaben seien durch die Beschwerdeführerin bestätigt worden, daher sei die Explorationsdauer (offenbar) kürzer als zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung im Jahre 2018 gewesen. Die erhobenen psychopathologischen Befunde seien nach AMDP dokumentiert. Die daraus resultierende Feststellung, dass die Symptomatik die Kriterien einer depressiven Episode nicht mehr hinlänglich

erfüllt habe, sei eingehend diskutiert und dargestellt worden. Die Beschwerdeführerin habe Angstsymptome in den Vordergrund ihrer Beschwerden gerückt. Der Ausprägungsgrad der geschilderten Ängste sei allerdings deutlich geringer als von Dr. med. I. _____ geschildert; aus diesem Grunde sei schlussendlich die Diagnose einer gemischt ängstlich-depressiven Störung gestellt worden. Anhaltspunkte für das Vorliegen einer PTBS hätten sich nicht ergeben, es sei auch klar darauf hingewiesen worden, dass eine Anpassungsstörung als Folge des ... im Jahre 2015 nicht festgestellt werden könne. Bereits die Feststellung eines psychischen Primärschadens als Eingangsvoraussetzung für eine ereigniskausale PTBS sei vor diesem Hintergrund mithin zweifelhaft. Die diagnostischen Kriterien einer PTBS gemäss DSM-5 hätten ferner keineswegs bestanden, dies ergebe sich aus den vorliegenden Befunden eindeutig. Auch für das Vorliegen einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung habe sich kein Hinweis ergeben. Festzuhalten sei ferner, dass die Psychiaterin Dr. med. I. _____ in ihrem Attest vom 8. Juni 2021 einen stabilisierten psychischen Zustand unter Medikation beschreibe. Die rezidivierende Depression sei aktuell remittiert, es würden phobische Ängste mit Vermeidungsverhalten (ICD-10: F40.0) in diesem Attest beschrieben und Dr. med. I. _____ habe keine manifeste invalidisierende psychiatrische Diagnose festgelegt. Auch vor diesem Hintergrund sei zu erwähnen, dass die Differentialdiagnose einer PTBS oder andauernden Persönlichkeitsänderung gemäss den ICD-10-Kriterien nicht im Raume stehe. Selbstverständlich hätten dem orthopädischen Gutachter auch das Vorgutachten aus dem Jahre 2018 zur Verfügung gestanden und somit auch die vermeintlich unberücksichtigten 30 medizinischen Berichte. Naheliegend sei, dass beide orthopädischen Gutachter von gleichen Diagnosen ausgingen. Nach zwei Jahren sei bei einem Polytrauma nicht mit einer wesentlichen Veränderung der Diagnosen zu rechnen. Dennoch ergäben sich Unterschiede. Gemäss Aktenwürdigung seien seit der letzten Begutachtung vom 20. Juli 2018 keine weiteren orthopädischen Eingriffe durchgeführt worden. Die Röntgenkontrolluntersuchung vom 28. November 2018 des rechten Femurs nach Femurrekonstruktion dokumentiere einen sehr schönen Verlauf. Im rechten Hüftgelenk zeigten sich nur geringgradige degenerative Veränderungen. Mit der Berichterstattung des Spitals H. _____ vom 29. November 2018 würden durch die Beschwerdeführerin keine Beschwerden seitens des

Hüftgelenks angegeben, so dass zusammenfassend eine Verbesserung des Gesundheitszustandes nachgewiesen sei. Mit Formulierung des Belastungsprofils würden ausgeprägte qualitative Leistungseinschränkungen formuliert, die dem Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin gerecht würden. Eine quantitative Leistungseinschränkung aus somatischen Gründen liege zum Begutachtungszeitpunkt in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr vor, da es hierfür keine Begründung mehr gebe. Der Befundbericht vom 14. März 2019 des Spitals H._____ fasse zusammen, dass die Beschwerdeführerin sich erfreulich erholt und keine Schmerzen mehr habe. Der Befundbericht vom 30. Juli 2019 des Spitals H._____ berichte, dass die Beschwerdeführerin mit dem Verlauf bis anhin sehr zufrieden sei. Auch zeigten die mit der Begutachtung erhobenen Laborwerte der angegebenen Schmerzmittel (Novalgin und Paracetamol) einen deutlich unter dem Referenzbereich liegenden Wert. Somit komme Schmerz als Grund für eine quantitative Leistungsminderung nicht mehr in Frage.

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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

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 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).

4.1.4 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 den medizinischen Unterlagen zu entnehmenden Tatsachen. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevison 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).

4.2 Das MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 in den Fachgebieten Orthopädie/Traumatologie, Innere Medizin und Psychiatrie (act. II 129.3/1 - 73) erfüllt die an den Beweiswert einer medizinischen Expertise

gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.1.2 hiervor). Dieses ist voll beweiskräftig, da es – beruhend auf allseitigen Untersuchungen und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden – die streitigen Punkte umfassend abhandelt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Weiter leuchtet es in der medizinischen Beurteilung ein und die darin gezogenen Schlussfolgerungen werden eingehend begründet. Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt ändert am Beweiswert nichts.

4.3 Die Beschwerdeführerin beanstandet den Umstand (Beschwerde S. 8 III./B./Ziff. 18 ff.), dass beim MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 (act. II 129.3/1 - 73) im Unterschied zum ersten MEDAS-Gutachten vom 20. Juli 2018 (act. II 95.4/376 - 445) kein Übersetzer beigezogen wurde (vgl. act. II 95.4/378 und 129.3/3). Insbesondere im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung sei völlig unverständlich, wie mit Blick auf den Umstand, dass Deutsch nicht die Muttersprache der Beschwerdeführerin sei und ihre Deutschkenntnisse nicht sehr gut seien, eine Exploration *lege artis* habe stattfinden können.

Nach der Rechtsprechung ist bei psychiatrischen Begutachtungen eine Übersetzungshilfe beizuziehen, sofern sprachliche Schwierigkeiten bestehen und das Untersuchungsgespräch nicht in der Muttersprache des Exploranden geführt werden kann (vgl. BGE 140 V 260 E. 3.2.1 S. 261).

Im MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 (act. II 129.3/1 - 73) wurde in der Gesamtbeurteilung (act. II 129.3/3), im orthopädisch-traumatologischen Teilgutachten (act. II 129.3/34) und im psychiatrischen Teilgutachten (act. II 129.3/58) festgehalten, auf Wunsch (schriftliche Bestätigung) der versicherten Person sei die Untersuchung ohne professionelle Übersetzung durchgeführt worden, wobei eine entsprechende schriftliche Bestätigung – soweit ersichtlich – nicht in den Akten enthalten ist. Im internistischen Teilgutachten (act. II 129.3/48) wurde zudem festgehalten, im Unterscheid zur Vorbegutachtung habe die Untersuchung diesmal ohne Dolmetscher stattgefunden, die Beschwerdeführerin spreche ausreichend Deutsch; insgesamt ergäben sich keine Kommunikationsprobleme.

Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin bringt vor (Beschwerde S. 8 III./B./Ziff. 20), es habe "jedenfalls sicher nicht" der Wunsch der Beschwerdeführerin bestanden, keinen Übersetzer beizuziehen, sie habe dies mangels Deutschkenntnissen auch nicht verstanden. Dies stellt eine blosser Schutzbehauptung dar; dies zumal keinerlei Hinweise und Gründe bestehen, weshalb die Gutachter dies hätten erfinden sollen. Dass es sich um eine blosser Behauptung handelt, ergibt sich auch daraus, dass der Rechtsvertreter sogleich ergänzt, selbst wenn ein solcher Wunsch geäussert worden wäre, hätten die Gutachter dem "angesichts der stark eingeschränkten Deutschkenntnisse" der Beschwerdeführerin keinesfalls entsprechen dürfen. Die Deutschkenntnisse der Beschwerdeführerin sind jedoch – entgegen der Schilderung in der Beschwerde – vorhanden und die Gutachter konnten sich durchaus mit ihr unterhalten und die entsprechende Begutachtung/Testung vornehmen. Der internistische Gutachter hielt explizit fest, die Beschwerdeführerin spreche ausreichend Deutsch; insgesamt hätten sich keine Kommunikationsprobleme ergeben (act. II 129.3/48). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde festgehalten (act. II 129.3/63), gelegentlich bestehe eine leichte Sprachbarriere, welche aber durch geduldiges Nachfragen gut überbrückt werden könne.

In dieser Hinsicht ist denn auch zu beachten, dass die Beschwerdeführerin seit 1993 in der Schweiz lebt (act. II 95.4/408), d.h. 2020 waren dies 27 Jahre (und arbeitete nicht etwa jahrelang in einer Fabrik, wo sie ausschliesslich mit Personen gleicher Muttersprache [sie stammt aus ...; act. II 95.4/408] sprach, sondern im ... [vgl. act. II 129.3/62, 95.4/408]). Die in der Deutschschweiz lebende Beschwerdeführerin besitzt seit 2004 das Schweizer Bürgerrecht (act. II 2/6) und musste somit im Rahmen des Einbürgerungsverfahrens ihre Kenntnisse der Landessprache nachweisen. Ihre Psychiaterin Dr. med. I. _____ führte die Behandlung nicht in der Muttersprache der Beschwerdeführerin (...) durch. Im Medizinalberuferegister (www.medregom.admin.ch) wird Deutsch unter der Rubrik "Sprachkenntnisse" aufgeführt und im doctorfmh.ch-Register (www.doctorfmh.ch) wird zusätzlich Englisch angegeben. Zudem wurde auch im Austrittsbericht der Rehaklinik F. _____ vom 27. September 2017 (act. II 57) festgehalten, es bestünden ausreichende Deutschkenntnisse (act. II 57/8). Dies bestätigt, dass das zweite MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020

(act. II 129.3/1 - 73) und insbesondere auch die psychiatrische Begutachtung auf Deutsch durchgeführt werden konnte und durchgeführt werden durfte; der Beizug eines Dolmetschers für die Verlaufsbeurteilung war nicht notwendig.

4.4 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend (Beschwerde S. 8 f. III./B./Ziff. 21), im ersten MEDAS-Gutachten vom 20. Juli 2018 (act. II 95.4/376 - 445) fehlten in der Aktenzusammenfassung (act. II 95.4/378 - 392) acht Berichte, welche im zweiten MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 (act. II 129.3/1 - 73) aufgeführt seien (act. II 129.3/16 - 33). Im zweiten MEDAS-Gutachten würden über dreissig Berichte in der Aktenzusammenfassung fehlen, welche im ersten MEDAS-Gutachten aufgeführt seien. Diese Rüge verfängt nicht, da sich die zweiten MEDAS-Gutachter auf das erste MEDAS-Gutachten und die darin zusammengefassten Berichte stützen konnten.

4.5 Sodann bringt die Beschwerdeführerin bezüglich der beiden orthopädischen MEDAS-Teilgutachten vor (Beschwerde S. 10 III./C./Ziff. 24 ff.), beide Gutachten würden von weitgehend identischen Befunden, Einschränkungen, Beeinträchtigungen und Schmerzniveaus mit entsprechendem Zumutbarkeitsprofil ausgehen. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit liege aber eine massiv unterschiedliche Beurteilung in Bezug auf den praktisch identischen Gesundheitszustand vor. Eine sachliche Begründung für diese massiv unterschiedliche Beurteilung im zweiten Gutachten liege nicht vor.

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hat sich zwischen den beiden Begutachtungen verbessert. So wurde im orthopädisch-traumatologischen MEDAS-Teilgutachten vom 8. September 2020 festgehalten (act. II 129.3/36), seit der letzten MEDAS-Begutachtung vom 20. Juli 2018 seien keine orthopädischen Eingriffe durchgeführt worden. Die Röntgenuntersuchungen vom 28. November 2018 des rechten Femurs nach Femurrekonstruktion dokumentierten einen sehr schönen Verlauf. Im Bereich des rechten Hüftgelenks zeigten sich nur geringgradige degenerative Veränderungen. Mit der Berichterstattung des Spitals H. _____ vom 29. November 2019 würden durch die Beschwerdeführerin keine Beschwerden seitens des Hüftgelenks angegeben, so dass zusammenfassend eine we-

sentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Dies wird auch so in der Aktenbeurteilung von Dr. med. G._____ vom 19. Juni 2019 (act. II 129.4/14 - 16) festgehalten und nochmals in der MEDAS-Stellungnahme vom 23. Februar 2023 (im Gerichtsossier) ausgeführt. Obwohl diese Stellungnahme nach Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. September 2022 (act. II 132) – dem für das Gericht massgebenden Überprüfungszeitpunkt (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – verfasst wurde, ist diese vorliegend zu berücksichtigen, da sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlaubt (Umkehrschluss aus SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). Die Verbesserung zeigt sich auch daran, dass die Beschwerdeführerin 2018 für kürzere Gehstrecken auf zwei Unterarmstützen angewiesen war (act. II 95.4/429), wohingegen sie 2020 nur noch auf die Nutzung einer Unterarmgehstütze links angewiesen war (act. II 129.3/41). Von einer Verbesserung berichtete auch der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, am 22. Mai 2019 (act. II 85): Er hielt fest, seit einer Bauchwandhernienoperation am 21. Januar 2019 habe sich die Symptomatik gebessert und gemäss den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin sei eine Besserung der psychischen Symptomatik eingetreten, aktuell auch eine Besserung des Gehens (kurze Strecken seien ohne Gehstützen möglich). Schliesslich haben die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 23. Februar 2023 (im Gerichtsossier) nochmals überzeugend und schlüssig dargelegt, weshalb im Begutachtungszeitpunkt (2020) im orthopädischen Fachgebiet – bezogen auf eine angepasste leichte Tätigkeit – keine quantitative Leistungseinschränkung mehr vorlag.

4.6

4.6.1 Bezüglich des psychiatrischen MEDAS-Teilgutachtens vom 8. September 2020 (act. II 129.3/58 - 73) bemängelt die Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 11 III./D./Ziff. 29), dass keine Angaben über die Dauer der

Begutachtung, welche gemäss Angaben der Beschwerdeführerin knapp eine Stunde betragen habe, gemacht worden seien, dies im Gegensatz zum psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten vom 29. Juni 2018 (act. II 95.4/404 - 417), wo ein Zeitaufwand von 110 Minuten angegeben worden sei (act. II 95.4/410).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Wie hoch dieser im Einzelfall zu veranschlagen ist, unterliegt letztlich aber der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des damit befassten Experten (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3). Dafür, dass vorliegend die Explorationsdauer der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie nicht angemessen gewesen wäre, gibt es keine Anhaltspunkte. Im Übrigen hielten die MEDAS-Gutachter in der Stellungnahme vom 23. Februar 2023 (im Gerichtsossier) fest, die Exploration der Beschwerdeführerin habe sich auch auf eingehende Erkenntnisse aus dem Dossier und der Vorbegutachtung vom 6. Juni 2018 stützen können. Viele psychobiographisch relevante Angaben seien durch die Beschwerdeführerin bestätigt worden, daher sei die Explorationsdauer offenbar kürzer als zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung im Jahre 2018 gewesen.

4.6.2 Auch aus dem Einwand, im Rahmen des zweiten psychiatrischen MEDAS-Teilgutachtens vom 8. September 2020 (act. II 129.3/58 - 73) sei keine Fremdanamnese und kein aktueller Bericht der behandelnden Psychiaterin eingeholt worden (Beschwerde S. 11 f. III./D./Ziff. 29 f.), kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten, denn praxisgemäss ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Anfragen beim behandelnden Arzt oder bei der behandelnden Ärztin sind u.a. wert-

voll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance der zu explorierenden versicherten Person erwarten lassen. Die Notwendigkeit der Einholung solcher Fremdanamnesen ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. Auch aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (SVR 2019 IV Nr. 41 S. 134 E. 5.2.2.1).

4.6.3 Soweit die Beschwerdeführerin auf die von Dr. med. I. _____ erwähnten Angstsymptome verweist (Beschwerde S. 13 f. III./E./Ziff. 34), ist festzuhalten, dass diese im psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten vom 8. September 2020 (act. II 129.3/58 - 73) thematisiert wurden (act. II 129.3/59 f.) und in die Beurteilung eingeflossen sind. Der Gutachter führte überzeugend und schlüssig aus (act. II 129.3/66), abweichend von der Vorbegutachtung rücke die Beschwerdeführerin heute Angstsymptome in den Vordergrund ihrer Beschwerden. Deren Ausprägungsgrad sei jedoch nicht so stark, dass die Diagnose einer generalisierten Angststörung oder einer phobischen Störung gerechtfertigt wäre. Mit Blick auf die leichte depressive Symptomatik und die geschilderten Ängste könne daher die Diagnose einer gemischt ängstlich-depressiven Störung (ICD-10: F41.2) gestellt werden. Die MEDAS-Gutachter begründeten in der Stellungnahme vom 23. Februar 2023 (im Gerichtsossier) zudem schlüssig und überzeugend, weshalb weder eine PTBS noch eine andauernde Persönlichkeitsänderung vorliegt.

4.6.4 Zur gesundheitlichen Entwicklung in psychischer Hinsicht ist festzuhalten, dass im ersten psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1); ursächlich reaktive Einflüsse, aufgeführt wurden (act. II 95.4/412), wohingegen im zweiten psychiatrischen MEDAS-Teilgutachten lediglich noch ein Zustand nach rezidivierender depressiver Störung, weitgehend remittiert (ICD-10: F33.4) mit diskreter, residueller ängstlich-depressiver Symptomatik diagnostiziert wurde, was im Übrigen wie folgt überzeugend und schlüssig begründet wurde (act. II 129.3/65): Die diagnostischen Algorithmen einer depressiven Episode seien nicht mehr hinlänglich erfüllt. Eine depressive Stimmungslage über die meiste

Zeit des Tages, annähernd täglich und im Wesentlichen unbeeinflusst von äusseren Umständen, lasse sich aktuell nicht mehr zuverlässig bestätigen. Ein vollständiger Interessen- oder Freudverlust bestehe ebenfalls nicht. Eine klare Antriebsminderung liege auch nicht vor: Subjektiv berichte die Beschwerdeführerin über eine gewisse Erschöpfbarkeit, welche sich jedoch im Rahmen der Exploration nicht eindeutig widerspiegle. Vor diesem Hintergrund lasse sich mithin nicht mehr bestätigen, dass mindestens zwei der Kernkriterien für eine depressive Episode erfüllt seien. Aktuell beklage die Beschwerdeführerin subjektiv Einschränkungen des Konzentrationsvermögens und eine Reduktion des Selbstwertgefühls. Eine depressionstypische Inappetenz, psychomotorische Störungen, unangemessene, gar wahnhaftige Schuldgefühle oder suizidales Verhalten bestünden derzeit nicht. Die Beschwerdeführerin berichte über Durchschlafstörungen, zeige aber im Zuge der psychiatrischen Exploration aktuell keine Tagesmüdigkeit. Vor diesem Hintergrund sei die depressive Symptomatik nicht mehr zuverlässig einer auch nur leichten depressiven Episode zuzuordnen. Diese Verbesserung spiegelt sich auch in den Ausführungen der Beschwerdeführerin gegenüber der behandelnden Psychiaterin Dr. med. I. _____ wieder, welche im Bericht vom 8. Juni 2021 (act. II 102) festhielt, es sei zu einer zunehmenden Stabilisierung gekommen. Die Rückkehr des Ehemannes zu ihr habe zur psychischen Stabilisierung beigetragen. Die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin habe sich (auch) dank der Medikamente verbessert. Auch Dr. med. K. _____ erwähnte im Bericht vom 22. Mai 2019 (act. II 85) eine Verbesserung der psychischen Verfassung (vgl. E. 4.5 hiavor).

4.6.5 Ob die psychiatrisch attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch rechtlich zu berücksichtigen ist (vgl. BGE 141 V 281), kann offen bleiben, da auch unter Berücksichtigung dieser Einschränkung ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert (vgl. E. 6.4.3 hiernach).

4.7 Nach dem Dargelegten ist im relevanten Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiavor) eine gesundheitliche Verbesserung eingetreten und es hat somit eine freie Prüfung des Leistungsanspruches zu erfolgen (vgl. E. 2.4.4 hiavor), dies basierend auf der gemäss MEDAS-Gutachten vom 14. Dezember 2020 (act. II 129.3/1 - 73) attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Auf die Einschätzung der RAD-Ärztin

Dr. med. J. _____ vom 12. August 2021 (act. II 104), wonach in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % besteht, kann nicht abgestellt werden, da sie als Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin nicht über die vorliegend erforderlichen Facharztstitel (Psychiatrie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) verfügt und sie die Beschwerdeführerin auch nicht persönlich untersucht hat; ihr Bericht enthält auch keine Elemente, die gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung der Gutachter sprächen. Die von der RAD-Ärztin erwähnte gesundheitliche Verbesserung in psychischer Hinsicht entspricht im Übrigen der von den MEDAS-Gutachtern bereits festgehaltenen Verbesserung. Sodann ist seit der MEDAS-Begutachtung 2020 bis zur massgebenden Verfügung vom 16. September 2022 (act. II 132) keine wesentliche gesundheitliche Veränderung erkennbar. Vorliegend sind damit keine weiteren Abklärungen angezeigt.

5.

5.1 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode (Art. 16 ATSG sowie aArt. 28a Abs. 2 und 3 IVG).

5.2 Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten (act. II 114/6 Ziff. 5.2), dass es nachvollziehbar ist, dass die Beschwerdeführerin bei guter Gesundheit das ausserhäusliche Arbeitspensum gegenüber dem letzten Abklärungsbericht Haushalt vom 18. Januar 2018, wo ein Status 60 % erwerblicher Bereich und 40 % Haushalt angenommen wurde (act. II 63/5 und 12 Ziff. 3.4 und 8), auf durchschnittlich 70 % erhöht hätte. Die Betreuung des jüngsten Kindes ist mit dem Mittagstisch der Schule und der Betreuung durch den Ehemann gewährleistet. Folglich ist von einem Status 70 % erwerblicher Bereich und 30 % Haushalt auszugehen, was denn auch unbestritten ist. Dieser geänderte Status ist im Übrigen ein (zusätzlicher) Revisionsgrund.

6.

6.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird bei einer erwerbstätigen versicherten Person das Erwerbseinkommen, das sie nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen 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). Bei nicht erwerbstätigen Versicherten, die im Aufgabenbereich tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Mass sie unfähig sind, sich im Aufgabenbereich zu betätigen (aArt. 28a Abs. 2 IVG; spezifische Methode [Betätigungsvergleich]; BGE 142 V 290 E. 4 S. 293).

Nach aArt. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (aArt. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 145 V 370 E. 4.1 S. 373, 144 I 21 E. 2.1 S. 23).

Bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich summiert (aArt. 27^{bis} Abs. 2 IVV). Die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit richtet sich nach Art. 16 ATSG. Dabei sind Validen- und Invalideneinkommen auf der Grundlage einer hypothetischen Vollzeittätigkeit zu ermitteln (BGE 145 V 370). Die prozentuale Erwerbseinbusse wird schliesslich anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (aArt. 27^{bis} Abs. 3 IVV). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versi-

cherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Er wird anhand des Anteils des Aufgabenbereichs gewichtet (aArt. 27^{bis} Abs. 4 IVV).

6.2

6.2.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2022 UV Nr. 4 S. 12 E. 3.2). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf statistische Werte wie die vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110; SVR 2022 IV Nr. 22 S. 71 E. 4.2).

6.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom BFS herausgegebenen LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, privater Sektor, abgestellt wird. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (BGE 148 V 174 E. 6.2 S. 181, 143 V 295 E. 2.2 S. 297).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3).

6.3 Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf den Zeitpunkt der Rentenrevision abzustellen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 12. Februar 2004, I 607/03, E. 7.2.1). Mit Blick auf das veränderte, ab Dezember 2020 gültige gutachterliche Zumutbarkeitsprofil – massgebender Zeitpunkt der Verbesserung gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist März 2021 (vgl. E. 2.1 hiervor), wobei eine Rentenherabsetzung oder -einstellung einzig für die Zukunft erfolgen kann (vgl. E. 2.4.5 hiervor), – und den Umstand, dass seit der MEDAS-Begutachtung 2020 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. September 2022 (act. II 132) keine wesentliche Veränderung in Form einer gesundheitlichen Verschlechterung ausgewiesen ist (E. 4.7 hiervor), hat der Einkommensvergleich auf das Jahr 2022 hin zu erfolgen.

6.3.1 Nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin das Valideinkommen gestützt auf statistische Daten festgelegt hat (vgl. act. II 114/9 Ziff. 6.3). Wird auf Tabellenlöhne abgestellt, sind grundsätzlich immer die im Zeitpunkt des angefochtenen Verwaltungsaktes bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten statistischen Daten zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 2.3 S. 297; SVR 2022 IV Nr. 23 S. 76 E. 6.2.1 und 6.2.2). Vorliegend wurde die angefochtene Verfügung am

16. September 2022 (act. II 132) erlassen, womit auf die am 23. August 2022 veröffentlichte LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, (vgl. www.bfs.admin.ch > Statistik finden > Kataloge und Datenbanken > Tabellen) abzustellen ist. Massgebend ist Ziff. ..., ..., Kompetenzniveau 1, Frauen, im Betrag von Fr. 3'957.-- monatlich bzw. Fr. 47'484.-- jährlich. Indexiert auf das Jahr 2022 resultiert ein Betrag von Fr. 48'006.30 (Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021 - 2022, Ziff. ..., ..., Index 2020: 100 Punkte, Index 2022: 101.1 Punkte. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Bereich Ziff. ..., ... im Jahr 2022 von 42.5 Stunden resultiert bei der Annahme einer hypothetischen Vollzeittätigkeit (vgl. E. 6.1 hiervor) ein Betrag von Fr. 51'006.70 (Fr. 48'006.30 : 40 h x 42.5 h).

6.3.2 Auch das Invalideneinkommen ist anhand statistischer Daten zu bestimmen, da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (vgl. E. 6.2.2 hiervor). Auszugehen ist von der LSE 2020, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn (Zentralwert) nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Kompetenzniveau 1, Total, Frauen, im Betrag von Fr. 4'276.-- monatlich bzw. Fr. 51'312.-- jährlich. Indexiert auf das Jahr 2022 resultiert ein Betrag von Fr. 52'030.35 (Tabelle T1.2.20, Nominallohnindex, Frauen 2021 - 2022, Total, Index 2020: 100 Punkte, Index 2022: 101.4 Punkte). Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im Bereich Total im Jahr 2022 von 41.7 Stunden resultiert ein Betrag von Fr. 54'241.65 (Fr. 52'030.35 : 40 h x 41.7 h). Unter Berücksichtigung der 70%igen Arbeitsfähigkeit resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 37'969.15 (Fr. 54'241.65 x 0.7). Mit der gutachterlich attestierten Arbeitsfähigkeit von 70 % – mit psychisch bedingter 30%iger Leistungsminderung – wurde grundsätzlich auch den somatischen Einschränkungen der Beschwerdeführerin Rechnung getragen. Selbst bei einem hier maximalen zusätzlichen 10%igen Abzug resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr (vgl. nachfolgend).

6.3.3 Somit ergibt die Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen per 2022 eine Einschränkung im erwerblichen Bereich von 25.56 %

([Fr. 51'006.70 - Fr. 37'969.15] / Fr. 51'006.70 x 100), womit eine gewichtete Einschränkung von 17.89 % resultiert (25.56 % x 0.7) bzw. bei einem zusätzlichen 10%igen Abzug gewichtet eine Einschränkung von 23.1 %.

6.4 Für die Bestimmung der Einschränkung im Haushalt hat die Beschwerdegegnerin auf den Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 4. Februar 2022 (act. II 114) abgestellt.

6.4.1 Für den Beweiswert eines Abklärungsberichts sind verschiedene Faktoren zu berücksichtigen: Es ist wesentlich, dass der Bericht von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 130 V 61 E. 6.2 S. 63; SVR 2018 IV Nr. 69 S. 224 E. 3.2).

6.4.2 Der Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 4. Februar 2022 (act. II 114) ist voll beweiskräftig, da er von einer qualifizierten Person in Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der medizinischen Situation verfasst wurde. Sodann wurden die Angaben der versicherten Person berücksichtigt und der Bericht ist bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert und plausibel begründet (vgl. E. 6.4.1 hiavor). Zudem bestehen keine Anhaltspunkte für Fehleinschätzungen der Abklärungsfachperson. Folglich liegt im Haushalt eine Einschränkung von 19.3 % vor (act. II 114/15), womit eine gewichtete Einschränkung von 5.79 % resultiert (19.3 % x 0.3).

6.4.3 Nach dem Dargelegten ergibt die Invaliditätsbemessung per 2022 einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad (vgl. E. 2.3 hiervor) von gerundet 24 % (17.89 % [Erwerb] + 5.79 % [Haushalt] = 23.68 %; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1) bzw. bei einem zusätzlichen 10%igen Abzug von gerundet 29 %. In Anwendung von Art. 88^{bis} Abs. 2 IVV (vgl. E. 2.4.5 hiervor) hat die Beschwerdegegnerin somit zur Recht die bisherige ganze Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung vom 16. September 2022 folgenden Monats, d.h. per Ende Oktober 2022, eingestellt.

6.5 Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

7.2 Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
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.