

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 73

Entscheid vom 12. Januar 2024

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Urs Gössi, Richter
Dr.med. Pierre Lichtenhahn, Richter
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

Parteien

A. _____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. B. _____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A. A._____ meldete sich am 21. Oktober 1986 mit einer seit Geburt bestehenden "leichte[n] cerebrale[n] Bewegungsstörung / Kleinwuchs" bei der IV-Stelle (erneut, vgl. frühere Leistungen insbesondere infolge Geburtsgebrechen, IV-act. 7) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1ff.). Mit Verfügung vom 30. Juni 1987 wurde A._____ mit Wirkung ab 1. Juni 1986 bei einem IV-Grad von 35% eine Invalidenrente zugesprochen (IV-act. 9f.). Mit Verfügung vom 31. Januar 1989 wurde die Verfügung vom 30. Juni 1987 ersetzt und A._____ mit Wirkung ab 1. Juni 1986 eine IV-Rente bei einem IV-Grad von 40% zugesprochen (IV-act. 19f.). Bei späteren Rentenrevisionen wurde der Gesundheitszustand (Kleinwuchs, Status nach Diplegia spastica, Status nach Entwicklungsverzögerung, ab 29.9.1998 zudem Sinusarrhythmie, IV-act. 51) jeweils als stationär beurteilt, eine rentenbeeinflussende Änderung wurde verneint bzw. ein veränderter IV-Grad (47%, IV-act. 46; 45%, IV-act. 50; 43%, IV-act. 56) wurde jeweils lediglich aufgrund von Einkommensveränderungen ermittelt (vgl. IV-act. 38, 43, 52, 57).

Nach Geburt ihres Kindes im Juli 2004 erfolgte am 17. Dezember 2004 eine Haushaltsabklärung (IV-act. 62f.), gestützt worauf die IV-Rente mit Verfügung vom 3. Februar 2005 per 1. April 2005 aufgehoben wurde. Die Bemessung erfolgte aufgrund einer 100%-igen Tätigkeit im Haushalt ohne Einschränkungen (IV-act. 65).

B. Ab 24. November 2008 war A._____ wieder zu ca. 20% bis 30% als Reinigungs- und Küchenhilfskraft tätig. Am 29. August 2011 meldete sie sich bei der IV-Stelle zur Früherfassung an, aufgrund einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit seit 23. Dezember 2010 bei Müdigkeit, Schläfrigkeit und Erschöpfung (IV-act. 66). Am 15. November 2011 (Posteingang) meldete sich A._____ bei der IV-Stelle aufgrund von Müdigkeit und Durchfall erneut zum Leistungsbezug an (IV-act. 74).

C. Nach Abklärungen bei den behandelnden Ärzten, beim Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) sowie einem Abklärungsbericht Haushalt / Rente vom 12. September 2013 (welcher sich nicht in den Akten befindet) bzw. einem Nachtrag zum Abklärungsbericht vom 4. April 2014 (IV-act. 80ff., 111) sprach die IV-Stelle A._____ mit Verfügung vom 23. Juli 2014 eine IV-Viertelsrente bei einem IV-Grad von 41% ab 1. Mai 2012 zu (IV-act. 119f.).

D. Im Februar 2018 leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision (mit dem Revisionsgrund Verordnungsänderung / Statusänderung) ein (IV-act. 123, 141-3/3). Nach einer Augenoperation aufgrund einer Cataracta senilis rechts am 14. November 2018 wurde am 26. April 2019 ein Haushaltsabklärungsbericht erstattet

(IV-act. 130, 132). Nach Beurteilung des RAD vom 27. Mai 2019 und 5. November 2019 erachtete die IV-Stelle eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung als notwendig (IV-act. 134, 143). Am 5. August 2020 erstattete die C._____ das MEDAS-Gutachten (IV-act. 162). Gestützt darauf lud die IV-Stelle A._____ mit Schreiben vom 18. September 2020 zur Förderung der Wiedereingliederung zum Gespräch ein (IV-act. 172). Nach einem Erstgespräch am 28. September 2020 reichte A._____ vom 22. April 2021 bis 2. Juli 2021 jeweils Arztzeugnisse bei 100%-iger und ab 3. Juli 2021 bei 75%-iger Arbeitsunfähigkeit ein (IV-act. 174ff., 195, 206-7/7, 207ff., 212, 218f., 221). Gleichzeitig wurde ein Job-Coaching gestartet, welches per 30. Oktober 2021 beendet wurde; A._____ hat eine Anstellung im Stundenpensum (als Reinigungsfachkraft für zunächst 2-3 Stunden alle 2 Wochen) erhalten (IV-act. 175, 177, 186, 188, 191). Daraufhin wurde am 10. November 2021 die Wiedereingliederung abgeschlossen (IV-act. 192). Am 8. Februar 2022 unterzeichnete A._____ zudem einen Einsatzvertrag als Hilfsarbeiterin Reinigung auf Abruf (IV-act. 198).

E. Nach Einholung eines Verlaufsberichts beim Hausarzt sowie einer weiteren Stellungnahme des RAD am 29. März 2022 sah die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 7. April 2022 vor, die bisherige Viertelsrente aufzuheben (IV-act. 195, 201, 203). Dagegen liess A._____ am 23. Mai 2022 Einwände erheben (IV-act. 206). Am 6. September 2022 erfolgte ein weiterer Abklärungsbericht Haushalt (IV-act. 211). Am 9. September 2022 ging ein Verlaufsbericht des Hausarztes ein (IV-act. 213) und am 19. September 2022 ging eine weitere Stellungnahme des RAD ein (IV-act. 215). Mit Vorbescheid vom 19. September 2022 (welcher den Vorbescheid vom 7.4.2022 ersetzte) sah die IV-Stelle weiterhin vor, die bisherige Viertelsrente aufzuheben (IV-act. 217). Dagegen liess A._____ keine Einwände erheben. Mit Verfügung vom 9. November 2022 hob die IV-Stelle die bisherige Viertelsrente von A._____ nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats auf (IV-act. 220).

F. Mit Eingabe vom 12. Dezember 2022 (Postaufgabe) lässt A._____ gegen die Verfügung vom 9. November 2022 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. In Aufhebung der Verfügung vom 9. November 2022 sei der Versicherten weiterhin eine IV-Rente zuzusprechen.
2. Eventualiter sei die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Vorinstanz zurückzuweisen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Vorinstanz.
4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsverteidigung zu gewähren.

G. Mit Vernehmlassung vom 13. Januar 2023 beantragt die IV-Stelle die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Mit Vorbescheid vom 7. April 2022 sah die Vorinstanz die Aufhebung der bisherigen Viertelsrente bei Beurteilung nach der gemischten Methode mit 60% als Erwerbstätige und 40% im Aufgabenbereich Haushalt sowie einem ermittelten IV-Grad von 7% (mit 1.5% Einschränkung im Haushalt und einem IV-Grad von 10% beim Erwerb gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 5.8.2020) vor (IV-act. 203). Dagegen liess die Beschwerdeführerin Einwände erheben und insbesondere geltend machen, dass ihr Sohn inzwischen volljährig sei und sie einem Vollpensum nachgehen würde, weshalb nicht mehr auf die im Jahr 2019 vorgenommene Beurteilung abgestellt werden könne. Betreffend Ergebnis des MEDAS-Gutachtens liess die Beschwerdeführerin geltend machen, dass sie derzeit teilzeitlich als Reinigungsmitarbeiterin arbeite. Diese Tätigkeit sei ihr in einem Vollpensum nicht zumutbar, was durch die gutachterliche Umschreibung der zumutbaren Tätigkeiten bestätigt werde. Der behandelnde Arzt attestiere und habe der Beschwerdeführerin denn auch seit Monaten eine 100%-ige bzw. 75%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die gutachterliche Beurteilung aus dem Jahre 2020 sei somit aktuell nicht mehr gültig. Vielmehr dränge sich angesichts der Einschätzungen des Hausarztes eine ergänzende Sachverhaltsabklärung auf (IV-act. 206).

1.2 Gestützt auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin liess die Vorinstanz eine weitere Abklärung im Haushalt vornehmen. Der Bericht wurde am 6. September 2022 erstattet (IV-act. 2011). Zudem holte sie eine ergänzende Stellungnahme des RAD ein (IV-act. 215). In der Folge ersetzte die Vorinstanz den Vorbescheid vom 7. April 2022, wobei ein Rückkommen auf einen Vorbescheid zulässig ist (vgl. Urteile BGer 9C_115/2007 vom 22.1.2008 E. 5; 9C_312/2014 vom 19.9.2014 E. 2.2.1; Müller, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010). Mit Vorbescheid vom 19. September 2022 sah die Vorinstanz neu vor, die Beschwerdeführerin ab 1. August 2022 zu 100% als Erwerbstätige zu beurteilen. Insoweit hat die Vorinstanz den Einwänden der Beschwerdeführerin stattgegeben, was die Beschwerdeführerin mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 12. Dezember 2022 anerkennt (vgl. Ziff. 2). Soweit die Beschwerdeführerin die von der Vorinstanz angenommene Arbeitsfähigkeit bestritten und weitere Abklärungen verlangt hat, hat die Vorinstanz dem nicht stattgegeben und

weiterhin auf das MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 abgestellt. Die Vorinstanz ist neu von einem IV-Grad von 10% ab 1. August 2022 ausgegangen (IV-act. 217).

1.3 Bei diesem geschilderten Verfahrensablauf ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin daraufhin keine Einwände mehr gegen den Vorbescheid vom 19. September 2022, sondern (erst) Verwaltungsgerichtsbeschwerde gegen die vorinstanzliche Verfügung vom 9. November 2022 erhoben hat. Zum einen sieht Art. 59 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) vom 6. Oktober 2000 die Teilnahme am vorinstanzlichen Verfahren nicht explizit vor, womit die Beschwerdelegitimation daher auch gegeben sein kann, wenn sich eine Partei nicht durchgehend und explizit am kantonalen bzw. verwaltungsinternen Verfahren beteiligt hat (vgl. hierzu Bollinger, BSK ATSG, Art. 59 N 7f. m.V.a. BGE 127 V 107 E. 2). Zum andern hat sich die Beschwerdeführerin am verwaltungsinternen Verfahren beteiligt und Einwände gegen den ersten Vorbescheid erhoben. Nachdem die Vorinstanz ergänzende Abklärungen getätigt und in diesem Punkt den Vorbringen der Beschwerdeführerin stattgegeben hat, während sie im anderen Punkt auf weitere Abklärungen verzichtet und an ihrem Standpunkt des ersten Vorbescheides festgehalten hat, hätte die Beschwerdeführerin somit keine neuen Ausführungen vorbringen können. Damit kann auf die vorliegende Beschwerde ohne weiteres eingetreten werden. Von der Vorinstanz wird denn auch nichts Anderes geltend gemacht.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare

Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

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

2.3 Am 1. Januar 2018 traten die geänderten Bestimmungen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vom 17. Januar 1961 zur Ermittlung des Invaliditätsgrades bei Teilerwerbstätigen in Kraft. Gemäss der Übergangsbestimmung zur Änderung (Abs. 1) war für zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 1. Dezember 2017 laufende Dreiviertelsrenten, halbe Renten und Viertelsrenten, die in Anwendung der gemischten Methode zugesprochen wurden, innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten dieser Änderung eine Revision einzuleiten.

2.4 Des Weiteren sind am 1. Januar 2022 die geänderten Bestimmungen des ATSG, der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11) vom 11. September 2002, des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) vom 19. Juni 1959 sowie der IVV in Kraft getreten (Weiterentwicklung der IV). Die Revision umfasst u.a. eine Änderung der Bestimmung von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Mit dem Wegfall der Rentenstufen der IV wurde eine Neudefinition der Erheblichkeitsschwelle einer Änderung des Invaliditätsgrades erforderlich. Anstelle der Verwendung des Begriffs der "Erheblichkeit" werden die revisionsauslösenden Invaliditätsgradänderungen neu direkt im Gesetz aufgezählt. Der revidierte Art. 17 Abs. 1 ATSG sieht nun – anknüpfend an die Rechtsprechung im Bereich der UV – dementsprechend vor, dass Invalidenrenten für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben werden, wenn der Invaliditätsgrad der rentenbeziehenden Person sich um mindestens 5 Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100% erhöht (lit. b). Für den Bereich der IV, welche ja bereits ab einem Invaliditätsgrad von 70% eine ganze Rente vorsieht, ist lit. b allerdings bedeutungslos (vgl. Studhalter, Ausgewählte IV-Leistungen nach Inkrafttreten der WE IV samt einigen Koordinationsaspekten / I. - III., in: Beck / Décaillot / Rothenberger, 3. Tagung zum Koordinationsrecht, HAVE 2022, S. 7).

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) lit. c gilt für Rentenbezügerinnen und -bezüger, deren Ren-

tenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr vollendet haben, das bisherige Recht.

Die Beschwerdeführerin war am 1. Januar 2022 57 Jahre alt. Der Rentenanspruch entstand bereits ab 1. Mai 2012. Dementsprechend ist die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 9. November 2022 grundsätzlich nach bisherigem Recht zu prüfen. Im Ergebnis hat die Rechtsänderung jedoch keine Auswirkungen auf das vorliegende Verfahren.

Die bisherige bundesgerichtliche Rechtsprechung zur Rentenrevision bleibt im Übrigen weiterhin anwendbar, da sich die Revision von Art. 17 Abs. 1 ATSG auf eine Neudefinition der Erheblichkeitsschwelle beschränkt.

2.5 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin erheblich, wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (aArt. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Rechtsprechungsgemäss ist die Invalidenrente nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben oder eine wesentliche Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts eingetreten ist (vgl. Urteil BGer 8C_591/2019 vom 23.12.2019 E. 2.2 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 144 I 28 E. 2.2; BGE 144 I 21 E. 2.2; BGE 130 V 343 E. 3.5; BGE 117 V 198). Liegt in diesem Sinn ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend ("allseitig") zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1; BGE 117 V 198 E. 4b).

2.6 Die Invalidität bemisst sich rechtsprechungsgemäss nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 1b).

2.7 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts

zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1a).

2.8.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f.; BGE 125 V 256 E. 4).

2.8.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

2.8.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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 (BGE 125 V 351 E. 3a; BGE 134 V 231 E. 5.1).

2.8.4 In der Rechtsprechung sind die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung seit jeher wie folgt verteilt worden: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf

die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür die Verwaltung und im Streitfall Gerichte nicht kompetent sind (z.B. Urteil BGer 9C_437/2012 vom 6.11.2012 E. 3.2). Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substanziell wie möglich begründet. Die ärztlichen Angaben sind eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (so die mit BGE 105 V 156 E. 1 begründete und in zahllosen Urteilen bestätigte Rechtsprechung, z.B. BGE 132 V 93 E. 4).

2.8.5 Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb).

2.9 Für die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Leiden definiert das strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 systematisierte Indikatoren, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und allfälliger Kompensationspotentiale (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 143 V 409 bzw. BGE 143 V 418 betr. Anwendbarkeit des strukturierten Beweisverfahrens auf depressive Störungen leicht bis mittelgradiger Natur bzw. grundsätzlich auf sämtliche psychischen Erkrankungen). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung in ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren, die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2).

2.10 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteile BGer 9C_77/2015 vom 27.3.2015 E. 5.4; 9C_78/2014 vom 18.3.2014 E. 4; I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

2.11 Gelangt der Rechtsanwender nach der Beweiswürdigung zum Schluss, ein Gutachten erfülle sowohl die mit BGE 141 V 281 definierten versicherungsmedizinischen Massstäbe wie auch die allgemeinen rechtlichen Beweisanforderungen (E. 2.8.1 ff.), ist es beweiskräftig und die darin formulierten Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit sind zu übernehmen. Eine davon losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens soll nicht stattfinden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil BGer 8C_260/2017 vom 1.12.2017 E. 4.2.5 m.H.).

2.12 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Rz. 153; Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

3. Im konkreten Fall ist ein Revisionsgrund unbestritten bereits durch die Verwaltungsänderung per 1. Januar 2018 sowie in der Folge durch Statusänderung (ab 1.8.2020: 60% erwerbstätig und 40% Haushalt; ab 1.8.2022: 100% erwerbstätig) gegeben, weshalb die Vorinstanz zu Recht eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs vorgenommen hat. Zu prüfen ist somit, ob die Vorinstanz zu Recht gestützt auf das MEDAS-Gutachten ab 1. August 2020 einen IV-Grad von 7% bzw. ab 1. August 2022 einen IV-Grad von 10% ermittelt und somit den bisherigen Anspruch auf eine Viertelsrente aufgehoben hat.

Die Rentenzusprache sowie in der Folge die Rentenaufhebung stützt sich auf folgenden Sachverhalt.

3.1.1 Die Beschwerdeführerin war ab 9. Dezember 2010 bei ihrem Hausarzt, Dr.med. D. _____, in Behandlung. In seinem Bericht, welcher bei der Vorinstanz am 14. Februar 2012 einging, hielt er folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-act. 82-1/17):

1. Mikroskopische Kolitis dd M. Crohn / Kolitis ulcerosa
 - Vit. D- und Folsäuremangel
 - St.n. Eisenmangelanämie
2. Chronic fatigue-Syndrom dd bei Dg. 1
3. Malabsorptionssyndrom
4. St.n. Früh- und Mangelgeburt. Kleinwuchs

Die Beschwerdeführerin habe ihn wegen körperlicher Schwäche, extremer Müdigkeit, vegetativen Beschwerden wie Schwitzen, Herzklopfen, Gelenkbeschwer-

den, rez. Diarrhoe und Bauchschmerzen konsultiert. Es hätten Konsilien mit Dr.med. E._____ (Fachärztin FMH Rheumatologie; IV-act. 82-14f./17), Dr.med. F._____ (Fachärztin FMH für Neurologie; IV-act. 82-16f./17) und Dr.med. G._____ (FMH Gastroenterologie / Innere Medizin) stattgefunden. Subjektiv im Vordergrund sei die extreme Müdigkeit, sehr störend seien auch die häufigen Durchfälle. Bisher werde auf die Therapie der Kolitis nicht sehr gut angesprochen. Durch die medikamentöse Behandlung der Kolitis sollte mit der Zeit eine Stabilisierung erzielt werden. Der Hausarzt beurteilte die Beschwerdeführerin ab dem 23. Dezember 2010 als zu 100% arbeitsunfähig (vgl. auch KV-act. 1-3/17).

3.1.2 Ab 1. März 2011 war die Beschwerdeführerin in Behandlung bei Dr.med. G._____ zur Abklärung einer starken Müdigkeit und Abgeschlagenheit. Hierzu war sie vom 1. bis 5. März 2011 hospitalisiert (IV-act. 80, 82-10f./17). Gemäss Beurteilung bestehe das Bild einer entzündlichen Darmerkrankung (lymphozytäre Kolitis). Unter antientzündlicher Therapie habe sich die Symptomatik nicht wesentlich gebessert, aber die Entzündungsparameter hätten sich zurückgebildet. Aufgrund des mangelhaften Ansprechens auf das Budesonid sei eine Steroid-Behandlung eingeleitet worden. Am 26. April 2011 und am 25. August 2011 erfolgten weitere Verlaufsberichte (KV-act. 1-4ff./17).

Vom 13. bis 22. Dezember 2011 war die Beschwerdeführerin bei wieder zugenommener Stuhlfrequenz nach ausgeschlichener, einmonatiger Spiricorttherapie erneut hospitalisiert (IV-act. 82-5ff./17, 88).

3.1.3 Mit Verlaufsbericht vom 29. Juni 2012 berichtete Dr.med. G._____ von einem leicht verbesserten Gesundheitszustand bei unveränderter Diagnose. Die Abklärungen würden die Diagnose einer entzündlichen Darmerkrankung (lymphozytäre Kolitis) sowie Vitaminmangelzustände bestätigen. Unter einer antientzündlichen Therapie habe die Entzündung gebessert werden können. Auch habe die Beschwerdeführerin weniger Stuhlgänge (3-4x täglich) und 6kg an Gewicht zugenommen. Sollte es gelingen, die Entzündungsaktivität unter Kontrolle zu bringen, sei die Prognose gut (IV-act. 88).

3.1.4 Am 30. Oktober 2012 berichtete Dr.med. G._____ erneut von einer Verbesserung. Unter der aktuellen Behandlung sei die lymphozytäre Kolitis in einer weitgehenden klinischen Remission. Die Beschwerdeführerin beklage noch mehrere morgendliche repetitive Stuhlentleerungen, ansonsten habe sie keine Defäkationen mehr. Die Behandlung in der Sprechstunde von Dr.med. G._____ werde abgeschlossen (IV-act. 91).

3.1.5 Der RAD erachtete den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin am 22. November 2012 noch nicht als stabil, die Medikamente müssten noch ausgeschlichen werden. Blieben dann die Entzündungsparameter im Stuhl unauffällig sei die Prognose gut. Die medizinischen Unterlagen genügten noch nicht für einen Entscheid. Es sei in zwei bis drei Monaten ein Verlaufsbericht beim Hausarzt einzuholen (IV-act. 92).

3.1.6 Am 29. März 2013 berichtete Dr.med. D._____ einen stationären Gesundheitszustand mit folgenden neuen Diagnosen (IV-act. 95-1/7): "Epicondylitis re Ellbogen, Akute Periarthropathia calcarea li Schulter [Feb. 2013]". Bezüglich der chronischen Darmerkrankung habe sich die Situation gebessert bei noch gehäuften morgendlichen Stuhlentleerungen. Er überwies die Beschwerdeführerin an den Orthopäden Dr.med. H._____, welcher zunächst eine konservative Therapie bzw. Physiotherapie empfahl (IV-act. 95-2f./7). Einen weiteren Verlaufsbericht findet sich in den Akten nicht bzw. wird am 10. Oktober 2013 lediglich der Bericht vom 30. Oktober 2012 wiederholt (IV-act. 102-2f./3).

3.1.7 Gemäss Verlaufsbericht vom 7. Februar 2014 von Dr.med. D._____ sei die Therapie mit Budenofalk gemäss Empfehlung von Dr.med. G._____ bis Frühling 2013 durchgeführt worden. Die Situation sei stabiler geworden, ganz beschwerdefrei sei die Beschwerdeführerin nie gewesen. Ab Dezember 2013 sei es wieder zu vermehrten Durchfällen, Gewichtsabnahme sowie erhöhten Entzündungsparametern gekommen (IV-act. 108).

3.1.8 Mit Stellungnahme vom 17. Februar 2014 erachtete die RAD-Ärztin P._____ die vom Hausarzt attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100% ab 20. Dezember 2010 als nachvollziehbar (IV-act. 109-3/3; vgl. bereits IV-act. 96).

Bei einem Erwerbsanteil von 40% (mit 100% Einschränkung) und einem Haushaltanteil von 60% (mit 1.5% Einschränkung) ermittelte die Vorinstanz einen Invaliditätsgrad von 41% und sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 23. Juli 2014 eine Viertelsrente mit Wirkung ab 1. Mai 2012 zu (IV-act. 119f.).

3.2.1 Im Fragebogen zur Rentenrevision vom 26. Februar 2018 bejahte die Beschwerdeführerin die Frage nach Veränderungen beim Gesundheitszustand in den letzten Jahren. Demgemäss sei sie wieder vermehrt müde, u.a. durch die Erkrankung des Sohnes sowie der Betreuung Tag und Nacht. Als Hausarzt wurde Dr.med. D._____ angegeben. Aktuell nehme sie keine Medikamente ein und befinde sich nicht in einer Therapie (IV-act. 124).

3.2.2 Gemäss Verlaufsbericht von Dr.med. D._____, welcher bei der Vorinstanz am 1. Juni 2018 einging, sei die letzte Konsultation am 23. April 2018 er-

folgt. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verschlechtert, bei unveränderter Diagnose. Die Beschwerdeführerin habe vermehrte Bauchschmerzen und häufiger Diarrhoe, mitbedingt durch die familiäre Situation (der _____ Ehemann sei in seine Heimat zurück und der 13-jährige Sohn habe Diabetes mellitus Typ1 seit Dezember 2017). Im März 2018 erhöhte Entzündungswerte mit Besserung unter Kortison (IV-act. 126).

3.2.3 Gegenüber der Abklärungsperson berichtete die Beschwerdeführerin am 25. April 2019, dass ihre gesundheitliche Situation grundsätzlich unverändert sei. Verbessert habe sich sicher nichts. Die Medikamente hätten nichts genutzt, weshalb sie in Absprache mit dem Hausarzt abgesetzt worden seien. Zu schaffen mache ihr die Situation mit dem diabeteserkrankten Sohn, welcher eine intensive Betreuung, vor allem betreffend Zucker messen und Insulin spritzen, benötige (IV-act. 130-2/7).

3.2.4 Am 14. November 2018 erfolgte bei einer Cataracta senilis rechts eine Phakoemulsifikation und Implantation einer +24.0 Dptr. Starken Hinterkammerlinse in den Kapselsack in clear-cornea-Technik (IV-act. 132). Am 6. Mai 2020 war zudem eine weitere Augenoperation geplant, wozu sich jedoch kein Bericht in den Akten findet (IV-act. 155).

3.2.5 Die Stellungnahme des RAD vom 27. Mai 2019 lautete wie folgt (IV-act. 134):

Nach AB für die IV mit Befundeingang vom 01.06.18 mit letzter ärztlicher Kontrolle vom 23.04.2018 wird seitens des HA eine Verschlechterung angegeben, ohne Benennung der Gründe hierfür. Ein akuter Schub der vorbekannten lymphozytären Colitis konnte nach seinen Angaben erfolgreich behandelt werden mittels üblicher Therapien. Weitere ergänzende medizinische Abklärungen wurden für nicht angezeigt erachtet. Schlussendlich ist diese Darmerkrankung therapeutischen Optionen zugänglich. Die derzeitige Krankheitsaktivität ist unbekannt.

Die Augenoperation stellt aufgrund des gut therapierbaren Befundes keinen langandauernden AU-relevanten Gesundheitsschaden dar.

Anhand der vorliegenden Aktenlage kann aus medizinischer Sicht eine 100%-ige AUF nicht nachvollzogen werden. Jedoch liegt keine aussagekräftige medizinische Befundlage vor, sodass eine abschliessende versicherungsmedizinische Stellungnahme nicht möglich ist.

Ggf. kann eine Rückfrage formuliert werden an den Behandler betreffend der AUF-relevanten Diagnosen, Beschrieb der derzeitigen Krankheitsaktivität, Therapien, Prognose.

3.2.6 Am 16. Oktober 2019 berichtete Dr.med. D._____ nach telefonischer Rückfrage, dass keine aktuellen spezialärztlichen Berichte aus dem Jahr 2019 vorliegen würden (IV-act. 140). In der Folge erachtete die Vorinstanz, u.a.

gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 5. November 2019, eine polydisziplinäre Begutachtung als angezeigt (IV-act. 142f.).

3.3 Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten wurde am 5. August 2020 erstattet und erfolgte in den Disziplinen Innere Medizin (Dr.med. I._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Hämatologie), Neuropsychologie (lic.phil. J._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie), Gastroenterologie (Dr.med. K._____, Facharzt für Gastroenterologie), Psychiatrie (Dr.med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) sowie Orthopädie (Dr.med. M._____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) (IV-act. 162). Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung), insbesondere die Diagnose sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, lautet wie folgt (IV-act. 162-8ff./100):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Subjektiv chronisches Müdigkeitssyndrom
2. Multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes im Sinne eines Impingementsyndroms respektive einer adhäsiven Kapsulitis auf dem Boden degenerativer Veränderungen

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

1. Makrozytäre Anämie mit Vitamin B12-Mangel
2. Rezidivierende Sinusarrhythmie
3. Mässige degenerative Veränderung der unteren Halswirbelsäule mit dorsaler Diskusprotrusion und foraminale Engen beidseits ohne klinisch relevante Bewegungseinschränkung und Symptomatik
4. Lymphozytäre Kolitis (mikroskopische Kolitis)
5. St. n. Malabsorptionssyndrom
6. Mittelgradige neuropsychologische Störung im Rahmen einer Früh- und Mangelgeburt mit Entwicklungsverzögerung

4.3 Funktionelle Auswirkungen der Befunde / Diagnosen

Die angestammte Tätigkeit als Konditoreiassistentin ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich, dies aufgrund der seit circa sechs Monaten bestehenden Schmerzen des rechten Schultergelenkes im Sinne eines Impingementsyndroms respektive einer adhäsiven Kapsulitis auf dem Boden degenerativer Veränderungen. Eine entsprechende bildgebende Abklärung ist im Rahmen der vorliegenden Begutachtung im Sinne einer MRI-Arthrographie am 10.06.2020 erfolgt.

Aus internistischer Sicht besteht darüber hinaus eine Einschränkung von maximal 10% auch für angepasste Tätigkeiten bei subjektiver Angabe eines chronischen Fatigue-Syndroms. Sichere klinische Hinweise hierzu fehlen, die Empfehlung zur Krebsvorsorge/Ausschluss einer konsumierenden Erkrankung bei Gewichtsverlust wurde bereits oben gegeben. In Anbetracht des Gewichtsverlustes ist der Versicherten, die sich klinisch in einem sehr guten Allgemeinzustand befindet, ein Ausschluss einer konsumierenden Erkrankung über den Hausarzt zu empfehlen. Im Labor hier zeigt sich lediglich eine geringe makrozytäre Anämie bei Vitamin B12-

Mangel, der weiter abgeklärt (Gastro-/Ileocoloskopie) und substituiert werden sollte.

Auf Basis der aktuell erhobenen Befunde, eigenanamnestischer Angaben sowie der zum Untersuchungszeitpunkt verfügbaren Aktenlage konnte eine originäre Krankheitsentität des psychiatrischen Fachgebiets gemäss den im Katalog der ICD-10 definierten Kriterien nicht verifiziert werden. Es besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus isolierter psychiatrischer Indikation.

4.4 Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte

Es fand sich kein Anhalt für das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung im Sinne der diesbezüglich seitens der ICD-10 definierten Kriterien.

4.5 Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen

Die Versicherte ist in der Lage, körperlich nur leichte Tätigkeiten auszuüben. Keine Gerüst- und Leitertätigkeiten, keine über Kopf-Tätigkeiten. Keine Zwangshaltung für die oberen Extremitäten. Dies aufgrund zum einen der festgestellten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, zum anderen aufgrund der relativ akuten Situation des rechten Schultergelenks mit einer bestehenden schmerzhaften Bewegungseinschränkung.

Aus internistischer Sicht bestehen keine spezifischen Einschränkungen, bei subjektiver Angabe eines Fatigue-Syndroms (siehe Diskussion oben) besteht eine Einschränkung von allenfalls 10% der Leistungsfähigkeit.

In Anlehnung an das Mini-ICF-APP liegen bei der Versicherten aus psychiatrischer Sicht derzeit keine Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären beziehungsweise intimen Beziehungen, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten, der Fähigkeit zur Selbstpflege, der Verkehrsfähigkeit sowie leichte Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben bzw. der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit vor.

Aus neuropsychologischer Sicht verfügt die Versicherte aktuell, aufgrund der intensiven Betreuung des Sohnes sowie der somatischen Beschwerden, über insgesamt zwar wenig, auf rein kognitiver Ebene jedoch durchaus über einige Ressourcen. So kann sie Instruktionen und Anweisungen aufmerksam folgen und diese adäquat umsetzen. Auch einfache Texte versteht sie gut. Zudem ist das allgemeine Arbeitstempo - trotz leichter mentaler Verlangsamung - unter einfachen Anforderungen kaum reduziert. Nicht geeignet sind Tätigkeiten, bei denen sie schriftliche oder administrative Aufgaben erledigen müsste oder solche mit mittleren bis hohen Anforderungen an das Gedächtnis sowie die Flexibilität. Es gibt keine Hinweise, dass sich das kognitive Leistungsniveau im Verlauf der letzten Jahre verändert haben sollte.

4.6 Konsistenzprüfung

Es besteht eine gewisse Inkonsistenz bezüglich der Angabe eines Müdigkeitssyndroms und der Angaben sich morgens nach dem Aufstehen topfit zu fühlen, sowie die fehlende Notwendigkeit zusätzlicher Schlafphasen über den Tag. Ansonsten sind die Einschränkungen in allen Lebens- und Arbeitsbereichen aus internistischer Sicht vergleichbar. Auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet ergeben sich keine Widersprüche.

Die Angaben der Versicherten wirkten insgesamt authentisch und plausibel. Es ergaben sich keinerlei Hinweise auf etwaig bestehende Inkonsistenzen oder eine bewusste Aggravationstendenz.

4.7 AF gesamthaft in der bisherigen Tätigkeit in %

0% (zeitlich limitiert, siehe unten)

Zeitlicher Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit: Ab 01/2020 besteht nach Angaben des behandelnden Arztes, beziehungsweise der Versicherten selbst, die zunehmende schmerzhafte Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks, die massgeblich ist für die vorliegende versicherungsmedizinische Beurteilung. Hierbei handelt es sich um ein Impingementsyndrom, respektive eine adhäsive Kapsulitis auf dem Boden degenerativer Veränderungen. Es sollten nun zügig entsprechende konservative Therapiemassnahmen einsetzen.

Die Schulterschmerzen sollten kein dauerhaftes versicherungsmedizinisch relevantes Problem darstellen. Es ist davon auszugehen, dass unter entsprechender Therapie die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab 01.10.2020 wieder eintreten wird.

Das Fatiguesyndrom besteht seit etwa 2011. Nach Verfügung vom 23.07.2014 sind medizinische Akten erst wieder ab dem 26.02.2018 vorhanden. Eine exakte, auf der klinischen Untersuchung basierende Einschätzung, ist für diesen Zeitraum retrospektiv nicht seriös möglich. Ab 02/2018 dürfte die Einschränkung von 10% aufgrund von Fatigue der aktuellen Einschätzung entsprechen, soweit aus aktueller Sicht retrospektiv beurteilbar.

4.8 AF gesamthaft in leidensangepassten Tätigkeiten in %

90% (8.5 Stunden pro Tag, 90% Leistungsvermögen).

Zeitlicher Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten: Das Fatiguesyndrom besteht seit etwa 2011. Nach Verfügung vom 23.07.2014 sind medizinische Akten erst wieder ab dem 26.02.2018 vorhanden. Eine exakte, auf der klinischen Untersuchung basierende Einschätzung, ist für diesen Zeitraum retrospektiv nicht seriös möglich. Ab 02/2018 dürfte die Einschränkung von 10% aufgrund von Fatigue der aktuellen Einschätzung entsprechen, soweit aus aktueller Sicht retrospektiv beurteilbar.

4.9 Begründung der Gesamt-Arbeitsunfähigkeit und Gesamt-Arbeitsfähigkeit

Die derzeitige Tätigkeit ist aus orthopädischer Sicht nicht möglich, somit auch im Konsens. Die Einschränkung der angepassten Tätigkeit wird ausschliesslich internistisch begründet, zusätzliche Einschränkungen anderer Fachgebiete bestehen nicht.

Betreffend die von der Beschwerdeführerin berichtete chronische Müdigkeit lässt sich der Konsensbeurteilung zudem entnehmen, dass diese sich in der Anamnese nicht mit den Alltagstätigkeiten korrelieren lasse. Die Schlafqualität sei ausreichend, die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie sich morgens topfit fühle. Die allgemeinen Tätigkeiten des Alltags (Haushaltstätigkeiten, Einkäufen etc.) bewältige sie nach gutachterlicher Einschätzung im Wesentlichen unbeeinträchtigt. In der klinischen Untersuchung zeigten sich ebenfalls keine wesentlichen Hinweise auf eine chronische Müdigkeitssituation, besondere Ruhephasen über den Tag würden nicht angegeben. Die Untersuchung habe

ohne Angabe von Müdigkeit und auch ohne objektive Anzeichen von Erschöpfung problemlos durchgeführt werden können, die kognitive Leistungsfähigkeit sei ausreichend gewesen. Von gutachterlicher Seite fänden sich keine relevanten Hinweise auf eine seit zumindest 2011 beschriebene chronische Fatigue-Symptomatik. Die leichte makrozytäre Anämie mit Vitamin B12-Mangel vermöge eine erhebliche Fatiguesymptomatik nicht zu begründen. Da das Müdigkeitssyndrom jedoch auch eine recht subjektive Einschätzung sei, könne ein Chronisches Fatigue Syndrom nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden. Gemäss Beurteilung auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet bestünden die in der Vergangenheit beschriebenen Schmerzen des linken Schultergelenks (beschriebene Periarthropathie) nicht mehr. Ebenfalls nicht die Schmerzen des rechten und linken Ellenbogengelenkes, welche im Jahr 2012 dokumentiert worden seien (beschriebene Epicondylitis humeri).

In der Neuropsychologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine sehr gute Kooperationsbereitschaft gezeigt und sich bis zum Ende der Erhebung um gute Leistungen bemüht. Das standardisierte Beschwerdevalidierungsverfahren habe unauffällige Werte ergeben. Insofern habe davon ausgegangen werden können, dass die erhobenen Befunde das tatsächliche kognitive Leistungsvermögen angemessen abbildeten. Insgesamt habe eine mittelgradige neuropsychologische Störung objektiviert werden können. Es sei davon auszugehen, dass die objektivierten kognitiven Einschränkungen und die beobachteten Auffälligkeiten sich mit grosser Wahrscheinlichkeit durch die Früh- respektive Mangelgeburt begründeten. Aus neuropsychologischer Sicht bestünden in der angestammten Tätigkeit als Konditoreiassistentin keine Einschränkungen. Diese Einschätzung stütze sich auch auf die Tatsache, dass sich das kognitive Leistungsniveau der Versicherten seit Beendigung ihrer Arbeitstätigkeit am 8. Dezember 2010 nicht verändert habe.

3.4 Mit Stellungnahme vom 11. August 2020 erachtete der RAD das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten als umfassend im Hinblick auf die strittigen Belange. Es habe eine vollständige Voraktenlage mit chronologisch angeführten Berichten vorgelegen, es sei eine schlüssige Herleitung der Diagnosen in allen fachärztlichen Teilaspekten anhand der Anamnese und der klinischen Befunde erfolgt und die funktionellen Auswirkungen seien im Abgleich mit sämtlichen Lebensbereichen nachvollziehbar hergeleitet worden; insbesondere auch unter Einbezug der Ressourcen im persönlichen und sozialen Umfeld. Zum therapeutischen - und Eingliederungspotential, sowie zur Prognose sei Stellung genommen worden und

die Schlussfolgerungen im Gutachten seien differenziert begründet und nachvollziehbar (IV-act. 164).

Es sei davon auszugehen, dass unter entsprechender Therapie die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab 1. Oktober 2020 wieder eintreten werde. Derzeit sei davon auszugehen, dass es sich hinsichtlich der Schulterproblematik nur um einen vorübergehenden Gesundheitsschaden handle. Die Beschwerdeführerin sei angehalten, im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht, die entsprechenden Therapieempfehlungen umzusetzen. Die RAD Ärztin bat demnach um Wiedervorlage mit einem orthopädischen Facharztbefund im September 2020.

Schliesslich wurde eine 90%-ige Arbeitsfähigkeit mit folgendem ergonomischen Profil bestätigt: "Körperlich leichte Tätigkeiten, keine Gerüst- und Leitertätigkeiten, keine über Kopf-Tätigkeiten. Keine Zwangshaltung für die oberen Extremitäten. Nicht geeignet sind zudem Tätigkeiten, bei denen sie schriftliche oder administrative Aufgaben erledigen müsste oder solche mit mittleren bis hohen Anforderungen an das Gedächtnis sowie die Flexibilität." Zudem sollte eine Toilette in erreichbarer Nähe sein.

3.5 Nach einem ersten Eingliederungsgespräch am 28. September 2020 reichte die Beschwerdeführerin der Vorinstanz Arzteugnisse ein, welche eine 100%-ige und ab 3. Juli 2021 eine 75%-ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (vgl. Ingress lit. D). Im Oktober 2021 konnte die Beschwerdeführerin ihre Stelle als Unterhaltsreinigerin im Bereich Privat-, Büro-, Unterhalts- und Umzugsreinigung antreten und in einer Privatwohnung mit zwei bis drei Stunden Tätigkeit alle zwei Wochen beginnen (IV-act. 191, 192-8/9).

3.6 Der Hausarzt berichtete mit Verlaufsbericht vom 20. Januar 2022 von einem stationären Gesundheitszustand seit dem MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 (IV-act. 195, unter Beilage der Berichte des Gastroenterologen Dr.med. G. _____ vom 27.10.2021, der Neurochirurgin Dr.med. N. _____ vom 2.3.2021 und des Orthopäden Dr.med. O. _____ vom 23.11.2020). Seither seien vor allem wechselnde Schmerzen des Bewegungsapparates (Schulter-schmerzen, Lumbalgien, radikuläre Schmerzen rechts, Schmerzen in den Beinen) im Vordergrund gestanden. Eine epidurale Infiltration im Februar 2021 hätten hier etwas Erleichterung gebracht. Bei erhöhtem Analgetikaverbrauch sei es zwischenzeitlich zu einer starken Verschlimmerung der lymphozytären Kolitis gekommen, welche unter topischen Steroiden gebessert habe. Zudem würden eine starke Fatigue persistieren, was neben den Schmerzen für die Beschwerdeführerin der Grund sei, aktuell nur 25% zu arbeiten. Die Arbeitsunfähigkeit von 75% sei bis zum 28. Februar 2022 verlängert worden. Mit Unterstützung sei eventuell 50% realistisch. Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin alle zwei Wochen für

zwei Stunden als Reinigungskraft. Sie habe in baldiger Zukunft eine Anstellung als Reinigungskraft in Aussicht für zwei Stunden pro Woche (IV-act. 198). Physiotherapeutische Massnahmen hätten zudem etwas Erleichterung gebracht, wie auch zum Teil Opiate gegen die Schmerzen.

3.7 Unter Berücksichtigung der erwähnten Verlaufsberichte sowie nach Abschluss der Eingliederungsmassnahmen ohne Ausschöpfung der Resterwerbsfähigkeit gemäss MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 nahm der RAD am 29. März 2022 wie folgt Stellung (IV-act. 201):

Seitens der ärztlichen Behandler werden keine neuen, vom Gutachten abweichenden medizinischen Fakten genannt. Die Bewertung der Fatigue in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit wird durch die vP subjektiv höher eingeschätzt, als im Medas-Gutachten gesamtheitlich unter Berücksichtigung der gutachterlichen Standards (Konsistenzprüfung, Standardindikatorenprüfung, etc) festgestellt wurde.

Offenbar besteht auch eine soziefamiliäre Belastungssituation.

Hinsichtlich der relevanten Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben sich im Vergleich zum Medas-Gutachten vom 05.08.20 keine neuen Änderungen ergeben.

90 %ige AF und LF in angepassten Tätigkeiten?

Ja.

3.8 Der Verlaufsbericht des Hausarztes vom 5. September 2022 lautete wie folgt (IV-act. 213):

1. Gesundheitszustand stationär
2. Keine Änderung der Krankheitsdiagnose: Lymphozytäre Kolitis, somatoformes Schmerzsyndrom, Chronic Fatigue Syndrom.
3. Es bestehen weiterhin die Lokalisation wechselnde Schmerzen, aktuell wieder starke zervikale Schmerzen. Aufgrund der lymphozytären Kolitis ist es sehr schwierig, diese Schmerzen zu behandeln, da viele Medikamente eine Diarrhoe auslösen. Zudem besteht weiterhin eine Chronic Fatigue. Die Beschwerden haben sicher eine sehr starke psychosoziale Komponente bei sehr schwierigen familiären Verhältnissen. Der Ehemann lebt ja seit sechs Jahren in Q._____. Sie und der Sohn haben weiterhin Kontakt zu ihm. Der Sohn hatte letztes Jahr einen Suizidversuch.
4. AUF seit Anfang Jahr weiterhin bei 75%.
5. Aktuell Versuch mit schmerzdistanzierendem Antidepressiva Duloxetin. Physiotherapie.
6. 05.09.2022

3.9 Gemäss Stellungnahme des RAD vom 19. September 2022 könne aus medizinischer Sicht weiterhin von einer 90%-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Es liege ein Verlaufsbericht des hausärztlichen Behandlers vor vom

5. September 2022. Demnach sei der Gesundheitszustand stationär. Es sei keine Änderung der Krankheitsdiagnosen eingetreten. Demnach ergebe sich unter Bezugnahme auf das MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 keine andere versicherungsmedizinische Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes und der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (IV-act. 215).

4.1 Die Beschwerdeführerin bestreitet die von der Vorinstanz angenommene Arbeitsfähigkeit und verlangt ergänzende Abklärungen. Sie leide unter ständigen Schmerzen an beiden Schultern, am Hals, am Schlüsselbein rechts sowie an beiden Hüften. Die Schmerzen führten zu erheblichen Schlafstörungen, so dass die Beschwerdeführerin unter ständigen Ermüdungserscheinungen leide. Durch das MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 sei eine multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenkes und eine mässige degenerative Veränderung der unteren Halswirbelsäule ausgewiesen. Im Weiteren sei durch den Bericht von Dr.med. N. _____ vom 2. März 2021 ein intermittierendes Lumbovertebralsyndrom mit lumboradikulärem Reizsyndrom ausgewiesen. Anlässlich der Haushaltsabklärung vom 30. August 2022 habe die Beschwerdeführerin zudem angegeben, noch immer Probleme mit dem Schlüsselbein und dem Kopfwenden zu haben. Durch die Akten sei auch ausgewiesen, dass die Beschwerdeführerin wegen der Schmerzen an Schlafstörungen leide. Seit der Begutachtung seien somit neue gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgetreten bzw. diese hätten sich verschlimmert. Bereits aus diesem Grunde hätte die IV-Stelle eine neue eingehende Sachverhaltsabklärung vornehmen müssen. Die Schmerzen und die dadurch verursachten Schlafstörungen würden die Arbeitsfähigkeit wesentlich einschränken. Der behandelnde Arzt habe der Beschwerdeführerin denn auch wegen der Erkrankung seit 2021 eine vollständige bzw. 75%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Auch angesichts der mehrmonatigen Bescheinigung einer weitgehenden Arbeitsunfähigkeit hätte sich zumindest eine ergänzende Sachverhaltsabklärung aufgedrängt.

4.2 Im konkreten Fall bestätigt die Beschwerdeführerin bereits mit ihren Vorbringen, dass die Beschwerden an Schultern und Hals sowie die Müdigkeit bereits im MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 berücksichtigt wurden, weshalb diesbezüglich nicht von neuen gesundheitlichen Beeinträchtigungen seit dem Gutachten ausgegangen werden kann. Im Gegenteil, gemäss Gutachten war die ab Januar 2020 zunehmende schmerzhafteste Bewegungseinschränkung des rechten Schultergelenks massgeblich für die versicherungsmedizinische Beurteilung, insbesondere die vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit, wobei davon ausgegangen wurde, dass unter entsprechender Therapie die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab 1. Oktober 2020 wieder eintreten

werde. In der Folge kam es unter Behandlung denn auch zu einer Verbesserung bei der rechten Schulter, namentlich praktisch zu Schmerzfreiheit seit spätestens am 23. November 2020 (vgl. IV-act. 195-8f./9).

Die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens wird sodann von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht in Frage gestellt. Im MEDAS-Gutachten wird ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der festgestellten degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule und der relativ akuten Situation des rechten Schultergelenks mit einer bestehenden schmerzhaften Bewegungseinschränkung in der Lage sei, körperlich nur leichte Tätigkeiten (keine Gerüst- und Leitertätigkeiten, keine über Kopf-Tätigkeiten, keine Zwangshaltung für die oberen Extremitäten) auszuüben. Aufgrund der Müdigkeit wurde eine Einschränkung von maximal 10% der Leistungsfähigkeit berücksichtigt (IV-act. 162-9/100), was nachvollziehbar ist, war doch die Beschwerdeführerin in der Lage, an einer 3.5-stündigen Untersuchung teilzunehmen, ohne Zeichen von Müdigkeit zu zeigen. Sodann haben die Gutachter auch den von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf berücksichtigt. Die Schmerzen des linken Schultergelenks bestanden zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr und den Akten lässt sich auch nicht entnehmen, dass solche nach dem Begutachtungszeitpunkt wieder eingetreten sein sollen (IV-act. 162-6/100).

In der Folge attestierte der Hausarzt der Beschwerdeführerin jeweils eine 100%-ige bzw. 75%-ige Arbeitsunfähigkeit ohne dies (zunächst) weiter zu begründen (vgl. Ingress lit. D). Beim Jobcoaching (u.a. im Schlussbericht) wird hierzu ausgeführt, dass es - neben den schon länger bestehenden Schlafstörungen - zu starken Schmerzen in den Beinen (auch im Rücken) gekommen sei, welche sich indes (betreffend beide Körperbereiche) Ende September 2021 (bzw. bereits im August) wieder gebessert hätten, es sei in der Folge jedoch zu einer Verschlechterung des bestehenden Morbus Crohn gekommen bzw. äusserte die Beschwerdeführerin gegenüber dem Jobcoach, dass die ständige Müdigkeit das Hauptthema sei (IV-act. 188-2/3; vgl. auch IV-act. 192-2+4f./9). Diese Ausführungen lassen sich durch die Akten insoweit verifizieren, als - wie die Beschwerdeführerin zutreffend erwähnt - von Dr.med. N. _____ ein intermittierendes Lumbovertebralsyndrom mit lumboradikulärem Reizsyndrom dem Dermatome L5 rechts entsprechend diagnostiziert wurde. Nach epiduraler Infiltration im Februar 2021 kam es indes gemäss Bericht vom 2. März 2021 zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden. Die Lumbalgien und auch die radikulären Schmerzen rechts wurden als vollständig regredient beschrieben. Zudem wurde von störenden Oberschenkel-Schmerzen berichtet, welche gemäss der Ärztin indes muskulärer Genese seien, da sie keine radikulären Komponenten hätten (IV-act. 195-6f./9). Bei einem Gespräch am 22. September 2021 äusserte die Beschwerdeführerin,

dass ein Pensum von höher als 25 bis 30% wegen der Müdigkeit, des Durchfalls und der Einschränkungen nicht gehen würde (IV-act. 192-7/9). Damit wurden in den Akten zwar weitere Beschwerden bzw. Schmerzen im Bewegungsapparat erwähnt, welche sich jedoch stets wieder veränderten, insbesondere verbesserten, analog der im MEDAS-Gutachten erwähnten Beschwerden des linken Schultergelenkes und der Schmerzen in den Ellbogengelenken sowie nach Behandlung auch die Schmerzen im rechten Schultergelenk, im Rücken sowie in den Beinen. Weitere von der Beschwerdeführerin vorliegend geäußerte Schmerzen finden sich indes in den aktenkundigen Arztberichten nicht. Die Arbeitsunfähigkeit wurde beim Jobcoaching sodann hauptsächlich mit der Müdigkeit, dem Durchfall sowie den Einschränkungen begründet, was unbestritten bereits bei der Beurteilung im MEDAS-Gutachten berücksichtigt wurde. Der Fallabschluss bei der beruflichen Integration erfolgte schliesslich, weil die subjektive Arbeitsunfähigkeit wesentlich grösser sei als diejenige im MEDAS-Gutachten (IV-act. 192-8/9). Auch der Hausarzt hat im Bericht vom 20. Januar 2022 an die Vorinstanz von einem stationären Gesundheitszustand seit dem MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 berichtet (IV-act. 195-1f./9). Auch er berichtet von wechselnden Schmerzen beim Bewegungsapparat, welche im Vordergrund standen, woraufhin jedoch eine epidurale Infiltration zu einer Erleichterung geführt habe. Die (vom Jobcoach ebenfalls erwähnte) Verschlimmerung der lymphozytären Kolitis habe unter topischen Steroiden gebessert werden können. Schliesslich persistierte eine starke Fatigue, was neben den Schmerzen für die Beschwerdeführerin der Grund sei, aktuell nur 25% zu arbeiten. Daraus lässt sich ebenfalls entnehmen, dass sich die vom Hausarzt attestierte Arbeitsfähigkeit von 25% an der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin orientiert. Dabei ist - wie die Vorinstanz vernehmlassend zutreffend ausführt - vorliegend auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach in Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass die Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, weshalb den (unabhängigen) Fachärzten mehr Gewicht zukommt (vgl. Urteil BGer 8C_871/2008 vom 24.3.2009 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 135 V 465 E. 4.5; BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Mit Blick auf die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag kann daher im Streitfall regelmässig nicht auf die Sicht des behandelnden (Fach-)Arztes abgestellt werden (vgl. statt vieler: Urteil BGer I 701/05 vom 5.1.2007 E. 2 mit Hinweisen).

An der vorangehenden Beurteilung ändert sodann auch der Arztbericht des Hausarztes vom 5. September 2022 nichts (vgl. IV-act. 213, sowie die Stellungnahme der RAD-Ärztin vom 19.9.2022, IV-act. 215).

4.3 Damit ist nicht zu beanstanden, dass die Vorinstanz das MEDAS-Gutachten in der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowie der Arbeitsfähigkeit nach wie vor als schlüssig und nachvollziehbar erachtete und darauf abstellte. In der RAD-Stellungnahme vom 29. März 2022 wird - nach dem in der vorangehenden Erwägung Erwähnten - zutreffend ausgeführt, dass seitens der ärztlichen Behandler keine neuen, vom Gutachten abweichenden medizinischen Fakten genannt werden und sich keine Änderungen hinsichtlich der relevanten Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben hätten. Die Beschwerdeführerin bewertet die Müdigkeit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit subjektiv höher als die MEDAS-Gutachter (gesamtheitlich unter Berücksichtigung der gutachterlichen Standards). Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen daran keine auch nur geringen Zweifel zu erwecken.

5. Zusammenfassend erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist. Auf das MEDAS-Gutachten vom 5. August 2020 kann nach wie vor abgestellt werden. Ergänzende Sachverhaltsabklärungen sind entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin nicht erforderlich. Sodann rügt die Beschwerdeführerin zu Recht nicht die Ermittlung von Validen- und Invalideneinkommen, weshalb sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen. Die Vorinstanz hat die bisherige Invalidenrente (Viertelsrente) bei einem IV-Grad von 7% ab 1. August 2020 bzw. 10% ab 1. August 2022 zu Recht aufgehoben.

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Dem vorliegenden Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen.

Die Behandlung des Antrags auf unentgeltliche Prozessführung und Rechtsbeistandung entfällt, nachdem die Beschwerdeführerin innert Nachfrist den Kostenvorschuss bezahlt sowie innert Frist darauf verzichtet hat, das Formular "Auskünfte zur Erlangung der unentgeltlichen Rechtspflege" ausgefüllt dem Verwaltungsgericht zu retournieren; dies trotz Androhung des Verwaltungsgerichts im Säumnisfall auf das Gesuch nicht einzutreten.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss in gleicher Höhe bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).
5. Zustellung an:
 - den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
 - die Vorinstanz (R)
 - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 12. Januar 2024

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 25. Januar 2024