

Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



I 2022 74

Entscheid vom 12. Dezember 2023

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 MLaw B. _____,

gegen

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

Gegenstand

Invalidenversicherung (Revision einer IV-Rente)

Sachverhalt:

A. A. _____ (geb. _____ 1977, verheiratet, 3 Kinder _____) reiste 1992 in die Schweiz ein, besuchte nach acht Jahren Grundschule in C. _____ ein Jahr Realschule in D. _____ und arbeitete ab April 1997 (vollzeit, ab 1995 teilzeit bzw. im Stundenlohn, vgl. IV-act. 60-14/45) bei der E. _____ AG als Maschinenführerin. Am 28. November 2000 erlitt sie einen Arbeitsunfall und meldete sich infolgedessen aufgrund von Schulterproblemen am 2. Januar 2002 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (IV-act. 2, 76; Suva-act. 1-3/60, 2-59/74).

B. In der Folge tätigte die IV-Stelle Abklärungen, u.a. wurde am 8. April 2003 ein MEDAS-Gutachten erstellt (IV-act. 18). Mit Verfügung vom 7. Oktober 2003 sprach die IV-Stelle A. _____ bei einem IV-Grad von 50% eine halbe IV-Rente mit Wirkung ab 1. Februar 2002 zu (IV-act. 26).

C. Am 25. November 2005 leitete die IV-Stelle eine Rentenrevision ein (IV-act. 30). Mit Verfügung vom 3. September 2007 wies die IV-Stelle eine Erhöhung der Rente ab und bestätigte den Anspruch auf eine halbe IV-Rente (IV-act. 45). Eine weitere Rentenrevision wurde im Juni 2010 in die Wege geleitet (IV-act. 49). Am 11. August 2011 erfolgte ein weiteres MEDAS-Gutachten (IV-act. 60). Auf Nachfrage des Regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) reichte die MEDAS am 5. Januar 2012 eine ergänzende Beurteilung ein (IV-act. 66). Am 20. Juli 2012 erachtete die IV-Stelle eine berufliche Abklärung (BEFAS) als notwendig (IV-act. 74). Nachdem A. _____ mitgeteilt hatte, dass sie im April 2012 ein Kind geboren habe, welches sie noch stille, zog die IV-Stelle den BEFAS-Auftrag zurück (IV-act. 76).

D. Mit Verfügung vom 2. Februar 2017 schloss die IV-Stelle das im Jahr 2010 eingeleitete Revisionsverfahren ab und bestätigte weiterhin den Anspruch auf eine halbe IV-Rente. Gleichzeitig verfügte sie, umgehend eine eingliederungsorientierte Revision einzuleiten (IV-act. 90). Ein am 13. März 2017 begonnenes Aufbautraining bei T. _____ wurde aufgrund einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit ab 27. März 2017 per 14. Juni 2017 abgebrochen (IV-act. 99f.).

E. Nach weiteren Abklärungen - neben diversen Arztberichten u.a. Einholung einer BVM-Stellungnahme vom 21. Dezember 2020, eines polydisziplinären Gutachtens vom 28. April 2022 sowie ergänzenden Antworten vom 17. Juni 2022, eines weiteren Abklärungsberichtes vom 12. September 2022 (IV-act. 131, 158, 163, 169) - leitete die IV-Stelle mit Schreiben vom 16. September 2022 das Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein. Damit teilte die IV-Stelle A. _____ mit, dass gemäss Gutachten der U. _____ vom 4. Mai 2022 im freien Arbeitsmarkt

eine Arbeitsfähigkeit von 85-90% bei uneingeschränkter zeitlicher Anwesenheit bestehe. Ein Eingliederungspotential sei somit klar ausgewiesen und es sei A._____ zumutbar an Eingliederungsmassnahmen zur schrittweisen Wiedereingliederung teilzunehmen. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht werde deshalb die Teilnahme an zielführenden Eingliederungsmassnahmen im Rahmen der vorliegenden versicherungsmedizinischen Beurteilung verlangt. A._____ wurde bis zum 14. Oktober 2022 Gelegenheit gegeben schriftlich mitzuteilen, ob sie bereit sei ernsthafte Anstrengungen zur Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt mit Unterstützung der IV-Stelle zu unternehmen. Eine fehlende Rückmeldung, fehlende Bereitschaft oder ungenügende Mitwirkung im Rahmen der Wiedereingliederung habe zur Folge, dass die festgestellte Arbeitsfähigkeit bei der Invaliditätsbemessung angerechnet werde, was zur Aufhebung der Invalidenrente führe (IV-act. 170).

F. Am 14. Oktober 2022 liess A._____ um Akteneinsicht ersuchen (IV-act. 171). Nachdem in diesem Schreiben keine Stellung zur Eingliederung genommen wurde, gewährte die IV-Stelle A._____ mit Schreiben vom 17. Oktober 2022 eine Fristerstreckung bis längstens 4. November 2022 (IV-act. 173). Eine weitere Stellungnahme durch A._____ erfolgte nicht.

G. Die IV-Stelle sah mit Vorbescheid vom 16. November 2022 vor, die bisherige halbe Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufzuheben (IV-act. 177). Dagegen liess A._____ am 28. November 2022 Einwände erheben (IV-act. 180). Mit Verfügung vom 12. Dezember 2022 hob die IV-Stelle die bisherige halbe Rente von A._____ nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats auf (IV-act. 183).

H. Mit Eingabe vom 28. Dezember 2022 (= Datum der Postaufgabe) lässt A._____ gegen die Verfügung vom 12. Dezember 2022 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 12.12.2022 sei aufzuheben.
2. Es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.
Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zulasten der Beschwerdegegnerin.

I. Mit Vernehmlassung vom 30. Januar 2023 beantragt die IV-Stelle die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). 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).

1.2 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).

1.3 Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des ATSG, der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV; SR 830.11 vom 11. September 2002), des IVG sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201 vom 17. Januar 1961) in Kraft getreten. 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 ren-

tenbeziehenden 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/Décaillet/Rothenberger, 3. Tagung zum Koordinationsrecht, HAVE 2022, S. 7).

Gemäss den Übergangsbestimmungen zur Änderung vom 19. Juni 2020 (Weiterentwicklung der IV) lit. b Abs. 1 bleibt der Rentenanspruch für Rentenbezüglerinnen und -bezügler, deren Rentenanspruch vor Inkrafttreten dieser Änderung entstanden ist und die bei Inkrafttreten dieser Änderung das 55. Altersjahr noch nicht vollendet haben, solange bestehen, bis sich der Invaliditätsgrad nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ändert. Dabei wird auf die revidierte Version von Art. 17 Abs. 1 ATSG verwiesen. Daraus ergibt sich, dass für Bezügerinnen und Bezüger von IV-Leistungen, welche noch nicht 55-jährig sind, im Falle einer Rentenrevision grundsätzlich nach neuem Recht abzuklären ist, ob sich der Rentenanspruch ändert. In einem zweiten Schritt wäre dann über entsprechende Anpassungen zu entscheiden. Dies entspricht im Ergebnis der allgemeinen prozessualen Grundregel, wonach das anwendbare Recht durch den Zeitpunkt der Verfügung respektive - sofern diese angefochten wird - den Zeitpunkt des Einspracheentscheides bestimmt wird (vgl. BGE 147 V 278 E. 2.1 m.H.; Urteil BGer 9C_390/2021 vom 8.2.2022 E. 8.2.1).

Dementsprechend ist die Rechtmässigkeit der Verfügung vom 12. Dezember 2022 grundsätzlich nach neuem 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.

1.4.1 Nach Art. 21 Abs. 4 ATSG können Leistungen des Sozialversicherers vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden, wenn sich die versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, entzieht oder widersetzt, oder wenn sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beiträgt. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden. Es ist ihr eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar. Das Mahn- und Bedenkzeitverfahren von Art. 21 Abs. 4 ATSG bezweckt, dass die versicherte Person nicht die Folgen eines Verhaltens tragen soll, über

dessen Auswirkungen sie sich möglicherweise keine Rechenschaft abgelegt hat (vgl. Urteil BGer 8C_667/2015 vom 6.9.2016 E. 5.2; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Rz. 147 zu Art. 21 ATSG).

1.4.2 Art. 43 Abs. 3 ATSG normiert, dass dann, wenn die versicherte Person, welche Leistungen beansprucht, den Auskunftspflichtigen oder Mitwirkungspflichten in unentschuldigbarer Weise nicht nachkommt, der Versicherungsträger auf Grund der Akten verfügen oder die Erhebungen einstellen und Nichteintreten beschliessen kann. Er muss diese Personen vorher schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen; ihnen ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen.

1.4.3 Nach Art. 7 Abs. 1 IVG muss die versicherte Person alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit zu verringern und den Eintritt einer Invalidität zu verhindern. Die versicherte Person muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben dienen, aktiv teilnehmen. Dies sind insbesondere Massnahmen der Frühintervention (Art. 7 Abs. 2 lit. a IVG), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Art. 7 Abs. 2 lit. b IVG), Massnahmen beruflicher Art (Art. 7 Abs. 2 lit. c IVG), medizinische Behandlungen nach Art. 25 KVG (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG) und Massnahmen zur Wiedereingliederung von Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger nach Art. 8a Abs. 2 IVG (Art. 7 Abs. 2 lit. e IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenommen sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG).

1.4.4 Nach Art. 7b Abs. 1 IVG können die Leistungen nach Art. 21 Abs. 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Art. 7 IVG (oder nach Art. 43 Abs. 2 ATSG) nicht nachgekommen ist. Die Leistungen können in bestimmten Fällen in Abweichung von Art. 21 Abs. 4 ATSG auch ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren gekürzt oder verweigert werden. Beim Entscheid über die Kürzung oder Verweigerung von Leistungen sind alle Umstände des einzelnen Falles, insbesondere das Ausmass des Verschuldens der versicherten Person, zu berücksichtigen (Art. 7b Abs. 3 IVG).

1.4.5 Nach Art. 8a Abs. 1 IVG haben Rentenbezügerinnen und Rentenbezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung, sofern die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann (lit. a) und die Massnahmen geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit zu verbessern. Massnahmen zur Wiedereingliederung sind Massnahmen nach Art. 8 Abs. 3 lit. a^{bis}-b und d IVG (Art. 8a Abs. 2 IVG). In-

tegrationsmassnahmen können mehrmals zugesprochen werden und insgesamt länger als ein Jahr dauern (Art. 8a Abs. 3 IVG).

1.5 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).

1.6 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).

1.7.1 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).

1.7.2 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).

1.7.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist mithin entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersu-

chungen 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).

1.7.4 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 substantiell 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).

1.7.5 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).

1.8 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).

1.9 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).

1.10 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. 1.7.1 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.).

1.11 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).

2.1 Mit Verfügung vom 12. Dezember 2022 hat die Vorinstanz festgehalten, dass mit Verfügung vom 2. Februar 2017 die Weiterausrichtung der halben Rente bestätigt worden sei. Aufgrund des durch das MEDAS-Gutachten attestierten Eingliederungspotentials sei eine eingliederungsorientierte Revision (EOR) eingeleitet worden. Mit Mitteilung vom 15. März 2017 (sic, vgl. auch IV-act. 94) sei für die Zeit vom 13. März 2017 bis 10. September 2017 ein Aufbautraining bei T._____ zugesprochen worden, welches per 14. Juni 2017 abgebrochen worden sei, weil sich die Beschwerdeführerin nicht in der Lage gefühlt habe, die

Massnahme fortzuführen. Gemäss den aktuellen Abklärungen (Gutachten U. _____ vom 4. Mai 2022) bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Maschinistin eine Arbeitsfähigkeit von 75% auf ein 100% Pensum bezogen. Die zeitliche Anwesenheit sei uneingeschränkt zu 8 Stunden zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 85%. Die angepasste Tätigkeit beinhalte eine Tätigkeit ohne die Notwendigkeit, Gewichte über 10 kg zu tragen, heben zu müssen sowie vermehrt oberhalb der Horizontalen arbeiten zu müssen. Die Tätigkeit sollte zudem keine höheren Anforderungen an die zeitgerechte Erledigung der Aufgaben unter Stress beinhalten und auch keine besonderen Anforderungen an das Multitasking. Diese Einschätzung gelte ab Zeitpunkt der Begutachtung. Aufgrund des hohen Eingliederungspotentials sei mittels Auflage zur Schadenminderung (Schreiben vom 16.9.2022) die Teilnahme an zielführenden Eingliederungsmassnahmen gefordert worden. Auf ihre Auflage sei innert angesetzter Frist keine Rückmeldung erfolgt, weshalb wie angekündigt auf die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit für die Invaliditätsbemessung abgestellt werde. Gemäss Abklärungsbericht vom 12. September 2022 werde die Beschwerdeführerin zu 100% als Erwerbstätige beurteilt. Ohne gesundheitliche Einschränkung könne gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik 2020, Tabelle TA1, Frauen, Kompetenzniveau 1, indexiert auf das Jahr 2021 ein jährliches Einkommen von Fr. 53'819.-- erzielt werden. In einer angepassten Tätigkeit werde ebenfalls auf die erwähnte Statistik abgestützt, bei einer Arbeitsfähigkeit von 85% entspreche dies Fr. 45'746.15. Mit einem Invaliditätsgrad von 15% bestehe kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Im Einwand vom 29. November 2022 werde hauptsächlich auf den fehlenden Revisionsgrund, bei nicht vorhandener gesundheitlicher Verbesserung, im Gesundheitszustand hingewiesen.

Die Vorinstanz hat sich auf das Urteil des Bundesgerichts vom 28. Januar 2019 (8C_163/2018) gestützt und festgehalten, dass sie im Mahn- und Bedenkzeitverfahren (Schreiben vom 16. September 2022) auf das vorhandene Eingliederungspotential und die Konsequenzen bei fehlender Rückmeldung oder Bereitschaft hingewiesen habe. Zusätzlich sei im Schreiben vom 17. Oktober 2022 auf die noch nicht gemachte Rückmeldung hingewiesen und eine Fristverlängerung bis 4. November 2022 gewährt worden. Es sei somit kein Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG notwendig. Die Rente werde bei offensichtlich hohem Eingliederungspotential wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Art. 7 IVG, auf Ende des der Verfügung folgenden Monats aufgehoben.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 28. Dezember 2022 beantragen, dass ihr weiterhin eine halbe Invalidenrente zu-

zusprechen sei. Die Vorinstanz habe sich mit dem Vorliegen bzw. Nichtvorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG nicht befasst. Die Ansicht der Vorinstanz, wonach das Vorliegen eines Revisionsgrundes nach Art. 17 ATSG entbehrlich sei, könne nicht nachvollzogen werden. Aufgrund der im MEDAS-Gutachten vom 11. August 2021 (recte: 2011) attestierten Arbeitsfähigkeit von 60% liege zwar unbestritten ein Eingliederungspotential im Umfang der Restarbeitsfähigkeit vor. Die Vorinstanz ziehe nun aber aus der vom Unterzeichneten bestrittenen Erhöhung der Arbeitsfähigkeit um 25% (85% Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit) den Schluss, dass diese erhöhte Arbeitsfähigkeit nun im Rahmen einer Eingliederung verwertet werden müsse, unabhängig davon ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht, verbessert habe. Die Vorinstanz verkenne dabei, dass erst bei Vorliegen einer gesundheitlichen Verbesserung, die erhöhte Arbeitsfähigkeit rechtliche Auswirkungen auf das Eingliederungspotential entfalte. Habe sich der Gesundheitszustand nämlich nicht verbessert, so bleibe es beim (vorherigen) Eingliederungspotential, was in casu einer Restarbeitsfähigkeit von 60% entspreche. Es gehe nun nicht an, die Revisionsvoraussetzungen bzw. die Voraussetzung der Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu umgehen mit dem Argument, dass das (bestrittene) erhöhte Eingliederungspotential trotz Mahn- und Bedenkzeitverfahren in verschuldeter Weise von der Beschwerdeführerin nicht verwertet worden sei. Demnach komme es entgegen den Ausführungen der Vorinstanz eben doch darauf an, ob diese die halbe Rente gestützt auf die Revisionsbestimmung von Art. 17 ATSG habe einstellen dürfen oder nicht.

Im Übrigen macht die Beschwerdeführerin geltend, dass keine Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 17 ATSG erfolgt sei.

3. Strittig und zu prüfen ist, ob die Vorinstanz die IV-Rente der Beschwerdeführerin zu Recht aufgehoben hat.

3.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich am 2. Januar 2002 mit Schulterproblemen bei der Vorinstanz zum Leistungsbezug an (vgl. Ingress lit. A). Die Rentenzusprache mit Verfügung vom 7. Oktober 2003 erfolgte nach Einholung eines Gutachtens der MEDAS S. _____ vom 8. April 2003 sowie einer Haushaltsabklärung vom 26. Mai 2003 bei einer Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen wie angepassten Tätigkeit gestützt auf folgende Beurteilungen.

3.1.1 Im MEDAS-Gutachten vom 8. April 2003 - erstattet von Dr.med. F. _____ (Chefarzt), Dr.med. G. _____ (Gutachterin), Dr.med. H. _____

(Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen) und Dr.med. I. _____ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) - lauteten die Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit wie folgt (IV-act. 18-10f./22):

Residuen nach Arbeitsunfall am 28.11.2000 mit Zerrung der rechtsseitigen Nacken- und Schultermuskulatur und Kontusion der rechten Schulter dorsal:

Psychische Fehlverarbeitung/gemischt dissoziative Störung (Konversionsstörung) mit leichtgradiger Depressiver Verstimmung bei ängstlicher und selbstunsicherer Persönlichkeit

Chronische Schulter-Oberarmschmerzen rechts ohne somatisches Korrelat mit sekundärem tendomyotischem Zervikalsyndrom

In der bisherigen wie in jeder anderen Tätigkeit, ohne Lasten heben über 10 kg und ohne Arbeiten über Schulterebene, wurde die Beschwerdeführerin als zu 50% arbeitsfähig beurteilt, wobei vor allem die psychopathologischen und wenig auch die rheumatologischen Befunde als limitierend angesehen wurden. Als Hausfrau wurde die Arbeitsfähigkeit auf 80% geschätzt.

3.1.2 Gegenüber dem Abklärungsdienst gab die Beschwerdeführerin gemäss Bericht vom 26. Mai 2003 an, trotz Geburt einer Tochter im Februar 2002 zu 100% ausserhäuslich tätig zu sein. Sie habe gerne gearbeitet und es auch im Rahmen von arbeitsmarktlichen Massnahmen versucht, wobei sie lediglich zwei Stunden am Stück habe arbeiten können (IV-act. 21-7/7).

3.2 Mit Verfügung vom 3. September 2007 wurde eine Erhöhung der Invalidenrente verneint mit der Begründung, gemäss Stellungnahme des RAD (unter Berücksichtigung eines Arztberichtes des behandelnden Psychiaters Dr.med. J. _____ [FMH Psychiatrie und Psychotherapie] vom 30.5.2007, welcher aufgrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Herbst 2006 eine erhöhte Arbeitsunfähigkeit attestierte, IV-act. 40-1ff./29) werde zum heutigen Zeitpunkt die gleiche Diagnose gestellt wie bei der primären Rentenprüfung. Eine rententängierende Verschlechterung im Gesundheitszustand sei nicht ausgewiesen. Es werde weiterhin auf das MEDAS-Gutachten vom 8. April 2003 abgestellt (IV-act. 45-1/3).

3.3 Mit Verfügung vom 2. Februar 2017 schloss die Vorinstanz das im Jahr 2010 eingeleitete Revisionsverfahren ab und bestätigte weiterhin den Anspruch auf eine halbe IV-Rente (vgl. Ingress lit. D). Dabei erwog die Vorinstanz u.a., dass eine wiedererwägungsweise Überprüfung der Rentenzusprache im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG ausser Betracht falle. Zudem bestanden erhebliche Zweifel, ob eine erhebliche Änderung im Sinne von Art. 17 ATSG ausgewiesen

war, weshalb das Revisionsverfahren (vorläufig) abgeschlossen und die halbe Rente (zumindest vorläufig) beibehalten wurde. Dabei wurde berücksichtigt, dass die im Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen und die attestierte 40%-ige Arbeitsunfähigkeit vom RAD als nicht schlüssig und nachvollziehbar beurteilt wurden; dass die deshalb vorgeschlagene ergänzende BEFAS-Abklärung wegen der Geburt des dritten Kindes nicht durchgeführt wurde; sowie dass das Gutachten den Vorgaben an ein Gutachten nicht genügte, weil die Feststellung einer invalidisierenden Gesundheitsbeeinträchtigung nicht anhand eines strukturierten Beweisverfahrens erfolgte. Eine Herabsetzung bzw. Aufhebung der Rente erforderte gemäss Vorinstanz somit weitere ergänzende und aufwändige Abklärungsmassnahmen, weshalb die Vorinstanz prüfte, ob ausserhalb von Art. 17 ATSG eine Überprüfung des Rentenanspruchs in Betracht kam, was sie gestützt auf Art. 7 Abs. 1 IVG, Art. 21 Abs. 4 ATSG und Art. 7b Abs. 3 IVG im Sinne einer eingliederungsorientierten Revision bejahte (IV-act. 90).

Die Verfügung der Vorinstanz vom 2. Februar 2017 erfolgte gestützt auf folgenden Sachverhalt.

3.3.1 Im Gutachten der MEDAS S. _____ vom 11. August 2011 - erstattet durch Dr.med. K. _____ (Innere Medizin FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM), Dr.med. H. _____, Dr.med. V. _____ (Facharzt FMH Rheumatologie) und pract.med. W. _____ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) - wurden folgende Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 60-24/45):

Dissoziative Bewegungsstörung mit teilweisem Verlust der Bewegungsfähigkeit
ICD-10 F44.4

Chronifiziertes, therapierefraktäres Quadrantenschmerzsyndrom rechts

- Status nach Zerrung/ Kontusion der rechten Schulter am 28.11.2000 bei Arbeitsunfall
- Sekundäres tendomyotisches Zervikalsyndrom
- Schonungsbedingte leichte Atrophie der Armmuskulatur rechts sowie des M. supraspinatus rechts

Die zusammenfassende Beurteilung lautete wie folgt (IV-act. 60-21ff./45):

... ist mit Datum vom 08.04.2003 ein erstes Mal durch unsere MEDAS begutachtet worden. Die Versicherte litt damals an Residuen nach einem Arbeitsunfall am 28.11.2000: Damals hatten sich ihre Haare in einer laufenden Maschine am Arbeitsplatz verfangen. Beim Versuch, sich zu befreien kam es zu einer Zerrung des M. trapezius und zu einer Kontusion der rechten Schulter.

Bei unserer Begutachtung stellten wir Residuen nach diesem Arbeitsunfall fest; unser Psychiater diagnostizierte damals eine psychische Fehlverarbeitung mit einer gemischten dissoziativen Störung (Konversionsstörung) mit leichtgradiger depressiver Verstimmung bei ängstlicher und selbstunsicherer Persönlichkeit.

Im Anschluss an unsere Begutachtung von 2003 kam es zu keiner entscheidenden Änderung der Situation und des Befindens. Nach wie vor litt die Versicherte unter Einschränkungen vor allem des rechten Armes und unter diversen Beschwerden. ... setzte ihre Psychotherapie fort. Im Mai 2007 attestierte der behandelnde Psychiater eine mittelgradige, teilweise schwere depressive Episode, posttraumatisch bedingt, mit Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung. Bei ... handle es sich um eine einfach strukturierte, ängstlich-selbstunsichere Persönlichkeit. Der Psychiater setzte die Arbeitsunfähigkeit mit 66.6 % an.

Im November 2007 erlitt die Versicherte im Rahmen einer heftigen Diskussion mit einer auch körperlichen Attacke des Kontrahenten gegen sie einen Sturz nach hinten, wobei sie eine Commotio cerebri erlitt. Seither verstärkten und chronifizierten sich die ohnehin schon seit längerer Zeit bestehenden Kopfschmerzen.

Am 08.05.2008 gebar ... ihr zweites Kind.

Der federführende Gutachter fand bei der Erstuntersuchung am 04.04.2011 in ... eine junge, sehr differenziert, Deutsch sprechende, intelligent argumentierende Frau. Es zeigte sich, dass sie ihre Familie gut im Griff hat. Glaubhaft legte die Versicherte dar, dass sie in der Heimat eine sehr gute Schülerin gewesen sei. Differenziert berichtete sie von ihrer früheren Arbeit bei der Im federführenden Gutachter entstand der Eindruck einer weitgehend gesunden, aktiven, adäquaten jungen Frau und Mutter. Zu erwähnen ist, dass ... auch Auto fährt.

Unser **Rheumatologe** hält Folgendes fest:

Die eingehende aktuelle rheumatologische Untersuchung ergab ein deutliches oberes Quadrantenschmerzsyndrom rechts mit diffuser Druckdolenz des ganzen Hemikraniums rechts, der Halswirbelsäulen- und Schulterpartie rechts und des rechten proximalen Oberarmes sowie des oberen kranialen Drittels des rechtsseitigen Thorax. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit war nur leicht- bis mässiggradig eingeschränkt, etwas deutlicher zeigten sich Einschränkungen der Schulterbeweglichkeit rechts, wobei hinsichtlich letzterer diskrepant zur gezeigten Bewegungseinschränkung bei der gezielten Beweglichkeitsprüfung die Versicherte den Nacken- und Schürzengriff sehr gut durchführen konnte und in Bauchlage auch die Arme mit deutlich über 120° Arm-Abduktion beidseits über dem Bettrand hängen lassen konnte. Klinische Hinweise für eine zervikoradikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik konnte ich nicht finden. Die leichte Umfangsdifferenz des rechten Ober- und Unterarmes sowie des M. supraspinatus rechts interpretiere ich als schonungsbedingt.

Die klinische Untersuchung hinterliess keine Verdachtsmomente hinsichtlich einer Schulterpathologie rechts oder einer Rotatorenmanschettenruptur. Diesbezüglich hatten ausgedehnte bildgebende Abklärungen der Halswirbelsäule und der rechten Schulter in den Jahren nach dem Unfallereignis von 2000 weitgehend altersentsprechend normale Befunde ergeben.

Gegenüber dem MEDAS-Gutachten vom 08.04.2003 kann ich von objektiver Seite her weder eine relevante Verbesserung noch eine Verschlechterung feststellen.

Hinsichtlich arbeitsrelevanter Problematik besteht eine Minderbelastbarkeit des Nackens und der rechten Schulter bezüglich körperlicher Schwerarbeit (Gewichtslimite 10 kg) und für Verrichtungen mit dem rechten Arm an bzw. über der Schulterhorizontalen.

Unser **Psychiater** hält Folgendes fest:

... ist eine 33-jährige Versicherte, die zwar ernst und phasenweise auch affektstarr wirkte, aber auch lachen konnte. Sie fokussierte ihre Beschwerden auf die Schmerzen, ohne dass diese während der Exploration nachvollzogen werden konnten.

Eine posttraumatische Belastungsstörung kann nicht nachgewiesen werden, die Kriterien sind nicht ausreichend erfüllt. Eine Depression kann im Gegensatz zum Bericht von Dr. J. _____ vom 30.05.2007 ebenso wenig belegt werden wie eine Dysthymia. Hier hat es somit gegenüber dem psychiatrischen Konsilium der ME-DAS vom 12.02.2003 eine leichte Verbesserung gegeben. Damals ist ebenso wie am 30.05.2007 durch den behandelnden Psychiater von einer ängstlich-unsicheren Primärpersönlichkeit geschrieben worden. Dies kann vor allem angesichts der klaren Angaben der Versicherten heute nicht mehr nachvollzogen werden. Eher zeigt sich eine Versicherte, der es wichtig war und ist, alles besonders gut zu machen. Sie hat eine hohe Anpassungsfähigkeit. Sie ist sehr stolz auf das, was sie konnte, was sie machte und was sie auch heute noch weiss. Eher könnte eine narzisstische Kränkung vorliegen, durch das was ihr passiert ist und dessen Folgen. Eine Persönlichkeitsstörung liegt nicht vor, auch akzentuierte Persönlichkeitszüge sind eher nicht vorhanden.

Weiterhin auffällig sowohl bei der rheumatologischen Untersuchung wie auch jetzt im psychiatrischen Konsilium ist die eingeschränkte Beweglichkeit der rechten oberen Extremität. Diese wirkt insbesondere beim Erzählen vom Unfall noch auffälliger. Offenbar liegt unverändert die bereits 2003 festgestellte dissoziative Störung vor, heute allerdings mit klarem Schwerpunkt der Teilbewegungsstörung. Es sind hier keine Veränderungen oder Verbesserungen feststellbar.

Während der behandelnde Psychiater von einer einfach strukturierten Primärpersönlichkeit spricht schrieb Dr. med. L. _____ am 06.11.2006 von einer Patientin mit recht intelligentem Eindruck; Letzteres ist auch mein Eindruck (und vor allem auch der Eindruck des federführenden Gutachters). Zu betonen ist noch der sehr stark ausgeprägte sekundäre Krankheitsgewinn; die Familie ist in ausserordentlichem Masse eingebunden.

Das Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen kann bei der Versicherten wie folgt beurteilt werden: die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen ist gegeben. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben ist gegeben. Die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit sind leicht beeinträchtigt; die fachliche Kompetenz ist insofern eingeschränkt, als sie beim Denken an die Unfallmaschine Angst und Dissoziation entwickelt, also in diesem Bereich mittelmässig. Die Entscheidungs- und die Urteilsfähigkeit sind gegeben. Die Durchhaltefähigkeit ist aufgrund langer Arbeitsabstinenz mindestens leicht beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit und die Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie die Gruppenfähigkeit und die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sind gegeben. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten ist leicht beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung und die Wegefähigkeit sind gegeben (insgesamt 5 Punkte von 52). Der Gesamteindruck und das Mini-ICF-Rating ergeben eine minime Verbesserung insofern, als eine depressive Störung nicht mehr nachweisbar ist (die dissoziative Störung ist aber nach wie vor unverändert vorhanden). Dissoziative Störungen zeigen sowohl im Spontanverlauf wie auch unter geeigneter Psychotherapie oft eine deutliche Verbesserung bis Ausheilung. Bei ... sollte unbedingt nochmals eine spezifische Psychotherapie durch eine Fachfrau/einen Fachmann mit Kenntnissen betreffend dissoziative Störungen

durchgeführt werden. Hier sollen weit eher psychoedukative Teile und Einbezug der Familie berücksichtigt werden als Psychopharmaka. Es sollte weniger die Stimmung als die Bewegungsstörung das Ziel der Behandlung sein. Sehr sinnvoll wäre auch eine psychiatrische Ergotherapie, da hier mit psychiatrischem Wissen die Beweglichkeit auf verschiedene Art trainiert werden kann.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit kann aus psychiatrischer Sicht mit 60 % eingeschätzt werden: („bisherige Tätigkeit" meint eine der ehemaligen Tätigkeit vergleichbare Arbeit — ein Einstieg an den alten Arbeitsplatz erscheint wegen dadurch ausgelöster möglicher Ängste an Maschinen in der Nähe des Unfallortes nicht indiziert). Durch eine Psychotherapie kann die Arbeitsfähigkeit möglicherweise deutlich gesteigert werden. Ich empfehle eine Revision aus reiner psychiatrischer Optik in etwa zwei Jahren.

(...)

Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit

Die Versicherte hat im Jahre 2000 bei der ... einen Arbeitsunfall erlitten; es wurden ihr zunächst die Haare in eine Maschine gerissen, sie musste sich dann ruckartig befreien; dabei kam es zu den bis heute andauernden Schulter-Nackenschmerzen. Die damalige Arbeit war eine dokumentiert sehr leichte Tätigkeit. Aus reiner körperlicher Sicht (ohne Berücksichtigung der psychischen Einschränkungen) könnte sie diese Arbeit auch heute noch verrichten. Offenbar gibt es aber den Arbeitsplatz nicht mehr, und die Versicherte wäre auch am alten Arbeitsort - angesichts des doch relativ dramatisch ablaufenden Unfalls mit vermutlich schwerer Angst und nachheriger Entwicklung einer Konversionsstörung am falschen Platze. Es wäre nicht mehr zumutbar, an einen solchen Arbeitsplatz mit solchen Maschinen zu gehen.

Wir attestieren der Versicherten ganzheitlich eine Arbeitsfähigkeit von 60 % in einer vergleichbaren Tätigkeit.

Als Hausfrau im eigenen Haushalt ist ... zu 80 % arbeitsfähig - sie kann wegen der Behinderung des rechten Armes die ausgeprägten Schwerarbeiten im Haushalt nicht verrichten.

Arbeitsfähigkeit bei anderer Tätigkeit

Generell ist der Versicherten eine körperlich leichte, gelegentlich eine mittelschwere Arbeit zu 60 % zumutbar (der Anteil mittelschwerer Arbeit darf 50 % nicht übersteigen).

Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische oder berufliche Massnahmen

Medizinische Massnahmen

Möglicherweise kann durch medizinische Massnahmen die Arbeitsfähigkeit deutlich verbessert werden. Unser Psychiater schlägt dazu eine spezifische Psychotherapie vor. „Spezifisch" meint, dass die Versicherte durch einen Psychiater mit Erfahrung mit Konversionsstörungen behandelt werden sollte. Solche Konversionsstörungen bei jungen Frauen haben in der Regel eine gute Prognose. Bei der Versicherten liegt der auslösende Unfall allerdings schon über 10 Jahre zurück, unser Eindruck ist aber der, dass bei ihr in letzter Zeit doch eine Besserung eingetreten ist, welche Hoffnung offen lässt (zum Beispiel ist die Depression, die 2007 offenbar noch mittelschweren bis schweren Grad hatte verschwunden).

Berufliche Massnahmen

Entfallen.

Mutmasslicher Beginn der reduzierten Arbeitsfähigkeit

In körperlicher Hinsicht liegen heute die gleichen Einschränkungen vor wie schon bei unserer ersten Begutachtung 2003. Wie dargelegt wäre die Versicherte aus reiner körperlicher Optik in einer adaptierten leichten bis mittelschweren Tätigkeit voll arbeitsfähig.

Aus psychiatrischer Sicht scheint nach einem „psychischen Zwischentief“ im Mai 2007 nun eine deutliche Besserung eingetreten zu sein. Die Versicherte ist heute leicht höhergradig arbeitsfähig als bei unserer Begutachtung 2003. (Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 50 % auf 60 %, mit weiterer Besserungsoption).

Prognose

Wir rechnen mit einer langfristig guten Prognose. Es besteht die Hoffnung, dass durch eine „edukative“ (nicht medikamentenbezogene!) Psychotherapie die Konversionsstörung gebessert werden kann. Unser Psychiater schlägt die Aufnahme einer solchen Therapie und dann eine psychiatrische Beurteilung im Rahmen einer Revision in etwa zwei Jahren vor.

3.3.2 Aufgrund einer Rückfrage durch die Vorinstanz - nach der Beurteilung durch den RAD - erfolgten am 5. Januar 2012 ergänzende Ausführungen der MEDAS S. _____ bzw. von Dr.med. K. _____ und Dr.med. H. _____, wobei bestätigt wurde, dass die dissoziative Bewegungsstörung die Hauptdiagnose sei und es sich um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert mit Funktionseinschränkung handle. Die Einschränkungen würden nicht im somatischen Bereich liegen. Bereits bei der ersten Begutachtung durch die MEDAS S. _____ im Jahr 2003 habe der damals beurteilende Rheumatologe die Beschwerdeführerin in einer körperlich leichten und auch in einer mittelschweren Tätigkeit als arbeitsfähig erklärt. Auch der zum Gutachten 2011 beigezogene Rheumatologe sei auf die gleiche Beurteilung gekommen. Die Beschwerdeführerin sei also aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit gar nicht eingeschränkt und sei dies 2003 schon nicht mehr gewesen. Die "Befundinkonsistenzen" bei der vorliegenden dissoziativen Störung seien nicht "organische Diskrepanzen", sondern würden seelischen, unbewussten Blockaden entsprechen. Das sei gerade die Definition der Dissoziation - Desintegration zwischen Körper und Seele. Auch die "Symptomausweitung" sei ein Kardinalsymptom der Dissoziation. Auch bei den ergänzenden Ausführungen zur psychiatrischen Begutachtung wurde mehrfach auf die allgemeine Definition einer Dissoziation verwiesen sowie bestätigt, was sich bereits der Begutachtung entnehmen lässt (IV-act. 66).

3.3.3 Gemäss RAD-Stellungnahme vom 20. Juni 2012 wurde die Ergänzung aus RAD-orthopädischer Sicht als nachvollziehbar beurteilt (IV-act. 71). Aus RAD-psychiatrischer Sicht vom 13. Juli 2012 konnte auf das MEDAS-Gutachten vom

11. August 2011 auch unter Berücksichtigung der Antworten auf die Rückfragen der Vorinstanz nicht abgestellt werden. Die diagnostische Beurteilung wurde als sehr wahrscheinlich falsch beurteilt und es sei nicht klar gewesen, welche funktionellen Einschränkungen zu einer Arbeitsunfähigkeit von 40% führen sollten. Gemäss RAD-Psychiater sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 70% erreichen könnte (was im Team der MEDAS auch diskutiert worden sei). Wichtig seien eine gewisse Eingewöhnungszeit und ein verständnisvolles Umfeld. Nicht mehr zumutbar sei die Arbeit an Maschinen, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit der Maschine beim Unfall aufwiesen (entscheidend: rotierende Teile), sowie erheblicher Maschinenlärm. Zur Klärung der funktionellen Einschränkungen empfahl der RAD-Psychiater eine BEFAS-Abklärung, wobei psychiatrische Aspekte (Angststörung, Dissoziationen auf mentaler Ebene, Funktionsweise des rechten Arms bei postulierter Dissoziation) entscheidend seien, weshalb er eine Institution empfahl, wo ein psychiatrischer Facharzt involviert war.

In der psychiatrischen Stellungnahme wurde ebenfalls erwähnt, dass aufgrund der remittierten depressiven Symptomatik ein medizinischer Revisionsgrund bestehe.

Zudem wurde darauf hingewiesen, dass in den Akten mehrere deutliche Hinweise darauf vorliegen würden, dass eine erhebliche Angstproblematik bestehe und Dr.med. I. _____ im Gutachten im Jahr 2003 von einer gemischten dissoziativen Störung ausgegangen sei, was im Gutachten vom 11. August 2011 unbeachtet geblieben sei (IV-act. 72-5f./6).

3.3.4 Auf die daraufhin im Juli 2012 in Auftrag gegebene BEFAS-Abklärung wurde in der Folge aufgrund der Geburt des dritten Kindes der Beschwerdeführerin im April 2012 verzichtet (vgl. Ingress lit. C).

3.3.5 In der Beurteilung des Abklärungsberichtes vom 14. September 2012 wurde festgehalten, dass die Bemessung nach der gemischten Methode erfolge. Aus medizinischer Sicht sei die Beschwerdeführerin als Hausfrau im eigenen Haushalt zu 80% arbeitsfähig - sie könne wegen der Behinderung des rechten Armes die ausgeprägten Schwerarbeiten im Haushalt nicht verrichten. Unter Verweis auf die Schadenminderungspflicht wurde ausgeführt, dass es nicht nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen ausser der Kinderbetreuung (inkl. Stillen) keine Haushaltsarbeiten verrichte. Der Ehemann habe sich 2009 als Einmann-Betrieb selbständig gemacht. Weil der Aufbau eines Geschäfts Zeit brauche und er noch kein Existenz sicherndes Einkommen erziele, müsste die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu einem 80%-

Arbeitspensum erwerbstätig sein. Folglich müsse der Ehemann mehr Haushaltsarbeiten übernehmen. Die Zeit sei vorhanden, da er keine volle Arbeitsauslastung habe. Aus diesen Gründen falle der Invaliditätsgrad im Haushalt tief aus. Der Gesamtinvaliditätsgrad von 26% begründe keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Die halbe IV-Rente sei aufzuheben (IV-act. 86-12f./13).

3.4 Mit Verfügung vom 2. Februar 2017 leitete die Vorinstanz eine eingliederungsorientierte Revision ein (Ingress lit. D).

3.4.1 Am 24. Januar 2017 bestätigte Dr.med. J._____, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in seiner Betreuung stehe und ihr Zustand seit Jahren unverändert sei. Es bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50-60% (IV-act. 89).

3.4.2 Ein am 13. März 2017 begonnenes (und bis 10.9.2017 geplantes) Aufbau-training bei T._____ - mit dem Ziel der Steigerung der Anwesenheit von 20% auf 60% und der Leistungsfähigkeit auf 100%, der Angewöhnung an den Arbeitsprozess, der Teilnahme am Bewerbungscoaching und der Suche einer festen Anschlusslösung im 1. Arbeitsmarkt - wurde aufgrund einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (aufgrund von Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit) ab 27. März 2017 per 14. Juni 2017 abgebrochen. Der Einsatz wurde mit einem Pensum von 20% begonnen, mit Arbeitszeiten jeweils von Montag bis Donnerstag (2 Stunden nachmittags) (IV-act. 91, 96, 99f.; Ingress lit. D).

3.4.3 Am 9. Juni 2017 attestierte Dr.med. J._____ der Beschwerdeführerin weiterhin mindestens eine 75%-ige Arbeitsunfähigkeit, wobei eine Tagesklinische Behandlung vorgesehen sei (IV-act. 98). Aus dem Bericht vom 12. November 2017 lassen sich (bei stationärem und verschlechtertem Gesundheitszustand) folgende Diagnosen und Beurteilungen entnehmen (IV-act. 103):

1. Depressive Episode mittleren/schweren Grades F 32.1, F32.2,
2. Somatisierungsstörung F 45.0.
3. Chronische Schmerzstörung F 45.41
4. Analgetika-Abhängigkeit F 13.2 + Analgetika-induzierter Kopfschmerz ICHD-3 Beta 8.2.5,

Die Depression vermag die Arbeitsfähigkeit herabzusetzen, insbesondere, wenn sie in Kombination mit Somatisierungsstörung, Analgetika-Sucht und Schmerzstörung in Erscheinung tritt.

Die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht dürfte auf 60-75% geschätzt werden.

Seit Jahren Leibschmerzen und vor allem hartnäckige Kopfschmerzen, ausgiebiger, langjähriger Analgetika-Gebrauch, heute würde der Kopfschmerz auf nichts mehr ansprechen. Ferner sei sie, ebenfalls seit Jahren, schlaflos. Sie habe Angst, alleine auf die Strasse zu gehen, da sie Schwindelattacken habe, insbesondere bei Drehbewegungen. Sie unternehme immer wieder

Arbeitsversuche, sie gebe sich zwar Mühe, sei jedoch den Anforderungen nicht gewachsen. Die rechte Hand sei "kaputt". Es "happere" aber auch im Haushalt, sie bedürfe der Hilfe anderer, um Alltägliches zu bewältigen.

Psychopathologisch:

Gespräch mit Übersetzungshilfe. Allseits orientiert, Gedankengang formal geordnet, verlangsamt. Inhaltlich auf die multiplen Schmerzen und deren Therapieresistenz eingeengt, Affekt klagsam -jammerig. Antrieb vermindert. Gefühl des Nicht- mehr -weiter- könnens, Interessen-und Freudenverlust, pathologische Ermüdbarkeit, Schlafstörungen. Jahrelanger Analgetika-Überkonsum, heute Abhängigkeits-syndrom. Der MÜK (Medikamenten-Überkonsum-Kopfschmerz) ist in der Tat, mit neueren Analgetika, nicht behandelbar, im Gegenteil, die Schmerzen nehmen zu.

Deutliche Einbussen im Bereich sozialer Funktionen.

(...)

Bei mir dreiwöchentliche Sitzungen, teils psychoedukativ, teils kognitiv orientiert. Wellbutrin wurde nicht vertragen, Lyrica ebenso wenig. Aktuell Versuch mit Anaftranil 75+ Mianserin 30. Prognose quo ad restitutionem mit grosser Zurückhaltung zu stellen.

3.4.4 Mit Verlaufsbericht vom 10. Dezember 2018 hielt Dr.med. X. _____ (FMH Allgemeine Innere Medizin) die geänderten Diagnosen: Ovarialzyste rechts, Operation im August 2018 sowie ein Oesophageales Bolusgefühl, Schluckbeschwerden sowie unverändert chronische Nackenschmerzen, Schwindel-Episoden und Asthemie (Synkopen) fest. Der Arbeitsunfähigkeitsverlauf sei unverändert, ein Arbeitsversuch habe vorzeitig beendet werden müssen, weil die Beschwerdeführerin wiederholt gestürzt sei. Aufgrund der Schwindelanfälle, welche wiederholt zu Stürzen geführt hätten, sollte ein möglicher Arbeitsplatz keine Verletzungsquellen haben. Das Arbeiten an potentiell gefährlichen Maschinen sei zu vermeiden. Da die Beschwerdeführerin sich nicht in der Lage sehe, den Haushalt selbständig zu führen und auf starke Hilfe aus dem familiären Umfeld angewiesen sei, beurteilte Dr.med. X. _____ die Wiedereingliederungsmöglichkeit als schwierig (IV-act. 108-1f./9).

3.4.5 Am 3. Juni 2019 teilte Dr.med. J. _____ der Vorinstanz mit, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in seiner Behandlung stehe (IV-act. 111).

3.4.6 Am 17. Januar 2020 stellte die Vorinstanz Dr.med. X. _____ Zusatzfragen zu seinem Verlaufsbericht vom 10.12.2018 (IV-act. 117). Die Antworten vom 22. Juni 2020 lauteten wie folgt (IV-act. 123-1/5):

Nackenschmerzen

1. Findet eine aktuelle orthopädische Behandlung statt?
Es findet eine regelmässige Physiotherapie statt.
2. Erfolgte eine Bildgebung? Wenn ja, wann und mit welchem Befund?
MRI der HWS 2002: keine Strukturellen Auffälligkeiten

Schwindel-Episoden

3. Erfolgte eine Objektivierung der Schwindelepisoden und eine Schwindelabklärung?
2002 erfolgte eine neurologische Beurteilung durch Dr. Y._____: Dort Diagnose orthostatischer Schwindel.
4. Erfolgte eine neurologische/HNO-Untersuchung?
Siehe unter 3.
5. Blutdruckmessungen?
Bei tiefnormalen Werten nicht regelmässig durchgeführt.
6. LZ-EGK?
In meinen Unterlagen keine Langzeit-EKG Untersuchung gefunden
7. Wie oft und in welchen Situationen treten die Schwindelepisoden auf?
Können gemäss Pat. Allgemein im Alltag auftreten, gehäuft bei raschem sich erheben. Mehrmals pro Woche
8. Wie oft kam es zu Sturzereignissen und wann zuletzt?
Mir bekannt letztmals im März 20
9. In welcher Form ist die Vers. dadurch in ihrem Alltag beeinträchtigt?
Verminderte Konzentrationsfähigkeit, verminderte Leistungsfähigkeit. Arbeiten an kritischen Gerätschaften nicht möglich.
10. Was wurde bisher therapeutisch unternommen?
Physiotherapie

Synkopen

11. Wurde eine leitliniengerechte Synkopenabklärung durchgeführt? Mit welchen Ergebnissen?
Neurologische Beurteilung 2002
12. Wann hat die letzte Synkope stattgefunden?
Gemäss Pat. im März 20.
13. Besteht eine Fahrfähigkeit?
Bisher wurde keine Fahrunfähigkeit attestiert
14. Welche Beeinträchtigungen bestehen im Alltag?
Sh. oben
15. Welche Beeinträchtigungen bestehen bei einer Arbeitstätigkeit?
Arbeiten mit Maschinen, die eine Selbstgefährdung darstellen sollten vermieden werden. Vermeiden von zu langen Tätigkeiten im Stehen und vermeiden von Über-Kopf-Arbeiten sowie Tätigkeiten, die ein häufiges Bücken erfordern.

3.4.7 Eine BVM-Abklärung vom 21. Dezember 2020 ergab Diskrepanzen, welche nicht ohne weitere Abklärungen aufgelöst oder bestätigt werden könnten (IV-act. 131-30/30).

3.4.8 Am 28. April 2022 erstattete U.______ das polydisziplinäre Gutachten von Dr.med. M.______ (FMH Allgemeine Innere Medizin, Fallkoordinator), Dr.med. N.______ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie), Lic.phil. O.______ (Fachpsychologin Neuropsychologie FSP) und Prof. Dr.med. P.______ (FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates) mit folgender Konsensbeurteilung (IV-act. 158-17ff.137):

- 4.1.1 Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Status nach Prellung, Ggf. Status nach Skapulafraktur (ICD-10 40.0; DD 42.10)

- verdicktes mittleres glenohumerales Ligament
- muskuläre Dysbalance und zervikothorakale Dysfunktion
- Bursaseitige Insertionstendinopathie der Supraspinatussehne mit zusätzlich feinem, gelenkseitigem Einriss im Ansatz
- Kraniale Migration des Humeruskopfes 6 mm. Akromiohumeraler Abstand 10 mm, ansonsten altersentsprechendes unauffälliges Röntgenbild.
- Downslope des Acromions (Typ II nach Bigliani) mit Zeichen einer leichten Bursitis subacromialis
- sekundäres tendomyotisches Zervikalsyndrom, Steilstehende HWS mit Spondylarthrose, Osteochondrose C5/6, ventrale Spondylophyten. Ansonsten altersentsprechendes unauffälliges Röntgenbild.

4.1.2 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.00)
2. Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.41)
3. Verdacht auf Analgetikaübergebrauch (ICD-10 F 55.2)

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde / Diagnosen lässt sich dem Gutachten entnehmen (IV-act. 158-19/137):

Aus polydisziplinärer Sicht bestehen als Folge der orthopädischen Diagnose sowie der im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten Funktionseinschränkungen quantitative sowie leichte qualitative Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Des Weiteren hat sich das Gutachten mit den relevanten Persönlichkeitsaspekten, mit den Belastungsfaktoren und Ressourcen und mit der Konsistenzprüfung auseinandergesetzt (IV-act. 158-18ff./137). Gegen eine Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche die normal verlaufene Sozialisation mit früher voller Leistungsfähigkeit. Es bestehe sodann eine Belastungsfähigkeit in Bezug auf leichte und mittelschwere Arbeiten mit einer Gewichtsbelastung bis 10 kg, bis an und selten in der Horizontalen. Als Belastung seien die stark beeinträchtigend empfundenen Schmerzen zu erwähnen, zudem die Wirkung der eingesetzten Medikamente. Früher scheine die aus den Akten abgeleitete starke Überfürsorge durch die Familienangehörigen negativ auf die Funktionsfähigkeit zu wirken. Der berichtete Schwindel und die Einschränkungen im Nacken- und Schulterbereich seien subjektiv einschränkend. Im Rahmen der neuropsychologischen, 3 Stunden und 30 Minuten dauernden Exploration und Testuntersuchung sei lediglich eine leichte Schonhaltung beobachtet worden, die rechte Hand sei spontan eingesetzt worden. Neuropsychologisch seien die Leistungen in der Visuokonstruktion unauffällig gewesen, womit die Voraussetzung für eine praktisch handwerkliche Tätigkeit gegeben sei. Im Rahmen der Begutachtung habe keine eigentliche neuropsychologische Diagnose gestellt werden können. Trotzdem hätten sich Defizite ergeben. Schwankungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit und des Antriebs würden sich beeinträchtigend auf andere Funktionen auswirken. Teils

gebe es leichte Leistungsinkonsistenzen, welche sich mit Ermüdung, Schwankungen im Antrieb und in der Aufmerksamkeit erklären liessen. Ätiologisch seien diese Defizite in dem Kontext der chronischen Schmerzstörung und dem Medikamentenüberkonsum mit insbesondere den Analgetika-induzierten Kopfschmerzen einzuordnen. Aus psychiatrischer Sicht belastend sei die chronische somatische Problematik mit Beschwerden, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht gebessert hätten. Belastend, aber medizinisch nicht begründet sei auch die Doppelbelastung als Hausfrau, Mutter und ausserhäuslich Erwerbstätige. Bezeichnenderweise habe die Explorandin nach dem Unfallereignis nicht mehr gearbeitet, zeitgleich sei auch die Familiengründung zusammen mit dem Ehemann erfolgt. Die Explorandin habe aber Hilfe im Haushalt von den Eltern in der Nähe erhalten, aber auch vom Ehemann. So hätte sie eigentlich ausserhäuslich arbeiten können, wenn sie die häusliche Tätigkeit und die ausserhäusliche Arbeit gut eingeteilt hätte. Die Explorandin erledige aber nicht einmal ihre häuslichen Aufgaben, stütze viel auf die Familie ab, erhalte viel Hilfe von der Familie, sie werde auch praktisch überall hin mit dem Auto gefahren. So könne ihr regressives Verhalten noch verstärkt werden. Hingegen bestünden auch Ressourcen mit einer guten ausserhäuslichen Berufserfahrung als Betriebsmitarbeiterin, Maschinenführerin. Die Lebenskapazität, die sich in der genauen Exploration der täglichen Aktivitäten zeige und im Mini-ICF-APP abbilden lasse, spreche für eine erhaltene psychische Funktion und gegen eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht.

Zur Gesamt-Arbeitsfähigkeit wurde zusammenfassend ausgeführt (IV-act. 158-22/137):

Aus polydisziplinärer Sicht besteht für die angestammte berufliche Tätigkeit als Maschinenführerin eine 70-75%ige Arbeitsfähigkeit bei zeitgleich uneingeschränkter zeitlicher Anwesenheit. Für eine optimal adaptierte berufliche Verweistätigkeit kann von einer 85-90%igen Gesamtarbeitsfähigkeit ausgegangen werden.

Zu einer Rückfrage des RAD nahm die Gutachterstelle am 17. Juni 2022 Stellung (IV-act. 160, 163). Mit Stellungnahme vom 7. Juli 2022 bejahte der RAD die Frage, ob auf die Beurteilung des vorstehend zitierten Gutachtens abgestützt werden könne (IV-act. 166).

3.4.9 Am 12. September 2022 erfolgte ein weiterer Abklärungsbericht Haushalt (IV-act. 169). Darin wird u.a. festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Unfall im Jahr 2000 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen und in den Jahren 2002, 2008 und 2012 Mutter geworden sei. Sie würde mit Ehemann und den drei Kindern in einer 6-Zimmer-Eigentumswohnung (2x 3.5-Zimmer zusammengelegt) im Erdgeschoss leben, wobei die zweite Wohnung 2018 habe erworben

werden können. Der Ehemann arbeite 100% als Vertrags-Lastwagenfahrer auf eigene Rechnung. Die Tochter habe das KV gemacht und arbeite ebenfalls 100% und die beiden Söhne würden noch zur Schule gehen. Die Beschwerdeführerin würde im Gesundheitsfall zu 100% arbeiten. 2001 sei ihre Bewerbung aufgrund ihrer Beschwerden abgelehnt worden. Eine Weiterbildung über die Vorinstanz sei gemäss Beschwerdeführerin leider nicht zustande gekommen. Den Wiedereingliederungsversuch bei T. _____ habe sie wegen Schwindel bereits nach fünf Tagen abbrechen müssen. Eine (angefragte) Anstellung als Verkäuferin sei aufgrund ihrer Beschwerden nicht möglich gewesen. Sie möchte arbeiten, wisse aber nicht, was sie machen könnte mit ihren gesundheitlichen Einschränkungen. Deshalb habe sie auch keine Bewerbungen vorzuweisen (IV-act. 169-5f./11). Die Haushaltsarbeiten würden hauptsächlich durch den Ehemann und die Kinder ausgeführt (IV-act. 169-8ff./11).

4.1 Gemäss Botschaft zur 6. IV-Revision bzw. zur Einführung der eingliederungsorientierten Rentenrevision bezweckt diese insbesondere eine Reduktion des Rentenbestandes mittels Wiedereingliederung. Dabei wurde das Eingliederungspotential insbesondere bei rentenbeziehenden Personen vermutet, die bei gleich gebliebenem Sachverhalt aufgrund der strenger gewordenen Rentenzusprechungspraxis heute keine Rente mehr erhalten würden bzw. nicht mehr im selben Umfang. Somit sei die Wiedereingliederung gemäss Art. 8a IVG insbesondere für rentenbeziehende Personen vorgesehen, bei denen der Gesundheitszustand oder die erwerblichen Verhältnisse keine anspruchswesentliche Änderung erfahren hätten (BGE 145 V 2 E. 4.2.3.1 m.H.a. BBI 2010 1817 S. 1840ff. und 1887). Des Weiteren lässt sich der Botschaft entnehmen, dass Eingliederungspotential auch bei rentenbeziehenden Personen vermutet werde, deren Gesundheitszustand Schwankungen unterliege (u.a. psychische Krankheiten) und durch Einsatz von geeigneten Massnahmen voraussichtlich verbessert werden könne sowie bei jungen Personen, die andernfalls ein Leben lang von einer Rente abhängig sein werden (BBI 2010 1817 S. 1840).

4.2 Das eingliederungsorientierte Rentenrevisionsverfahren hat nach der Botschaft wie folgt abzulaufen. Zeigt sich im Rentenrevisionsverfahren, dass weder eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes noch der erwerblichen Verhältnisse vorliegt, prüft die IV-Stelle, ob eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit mit Hilfe von geeigneten Massnahmen voraussichtlich erreicht werden kann. In diesem Fall prüft die IV-Stelle mittels einer 2-fachen Triage die Wahrscheinlichkeit eines Wiedereingliederungserfolges. In einem ersten Schritt klärt die IV-Stelle ab, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sich vorhandene körperliche, geistige oder psychische Ressourcen mit Hilfe von Massnahmen in erwerblicher

Hinsicht besser nutzen lassen als bisher angenommen. Anhaltspunkte können u.a. sein (BBl 2010 1817 S. 1843):

- Zustand einer rentenbeziehenden Person beginnt sich zu stabilisieren;
- Möglichkeit einer Angewöhnung und Anpassung an die gesundheitliche Beeinträchtigung;
- gemäss Arztbericht ist mittelfristig mit einer Verbesserung des Gesundheitszustandes zu rechnen;

Wenn die IV-Stelle zum Schluss kommt, dass Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Erwerbsfähigkeit mit geeigneten Massnahmen allenfalls verbessert werden kann, erfolgen in einem zweiten Schritt vertiefte Abklärungen, mit dem Ziel, eine möglichst präzise Aussage zu einer voraussichtlichen Verbesserung der Erwerbsfähigkeit machen zu können. Diese zweite Triage umfasst ein Assessment, mit dem die persönliche, medizinische, soziale und finanzielle Situation im Hinblick auf eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit abgeklärt wird. Allenfalls sind weitere Abklärungsmassnahmen, z.B. in einer BEFAS, vorzusehen. Kommt die IV-Stelle gestützt auf das Assessment und allenfalls zusätzliche Abklärungsmassnahmen zum Schluss, dass die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann, wenn die Rentenbezügerin oder der Rentenbezüger mit geeigneten Massnahmen entsprechend gefördert wird, erarbeitet sie zusammen mit der betroffenen Person einen Eingliederungsplan. Dieser enthält zumindest Angaben zu Zielsetzung, Massnahmen und Zeitdauer der Massnahmen.

Integrationsmassnahmen können sodann gemäss Art. 8a Abs. 3 IVG mehrmals zugesprochen werden und insgesamt länger als ein Jahr dauern.

4.3 In BGE 145 V 2 hat das Bundesgericht die Art. 7 Abs. 2 lit. e und 8a IVG (beide in Kraft seit 1. Januar 2012) ausgelegt. Gemäss Erwägung 4.3.1 führen sämtliche Auslegungsmethoden einheitlich zum Schluss, dass Rentenbezügerinnen und -bezüger auch bei fehlendem Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet sind, an zumutbaren Massnahmen aktiv teilzunehmen. Dies betrifft Personen mit ganzen und Teilrenten gleichermassen. Gestützt auf Art. 7 Abs. 2 lit. e IVG geht es in einem umfassenden Sinn um die "Wiedereingliederung" mittels entsprechender Massnahmen. Mit Widerstand der einzelnen rentenbeziehenden Personen, welche sich mit einem Wiedereingliederungsplan der Verwaltung konfrontiert sehen, wurde bereits im Gesetzgebungsprozess gerechnet, weshalb eine klar verpflichtende Regelung beabsichtigt war. Zudem sollen flankierende Massnahmen - so neben der Weiterausrichtung der Rente bis zum Abschluss der Massnahmen auch der auf drei Jahre ab Entscheid der IV-Stelle begrenzte Anspruch auf Beratung und Begleitung gemäss Art. 14^{quater} Abs. 4 IVG (bisher Art. 8a Abs. 4 IVG, vgl. BBl 2017

2535 S. 2648) - den Weg der "Eingliederung aus Rente" unterstützen. Der Verpflichtung zur aktiven Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen wird durch die Sanktionierungsmöglichkeiten der Kürzung oder Verweigerung von Rentenleistungen Nachdruck verliehen.

5.1.1 Im konkreten Fall hat die Vorinstanz bereits bei der im Jahr 2010 eingeleiteten Rentenrevision Abklärungen, u.a. mit einer MEDAS-Begutachtung vom 11. August 2011 sowie einer Haushaltsabklärung am 14. September 2012, vorgenommen und ist damals insbesondere zum Ergebnis gekommen, dass das MEDAS-Gutachten nicht schlüssig ist und weitere Abklärungen erforderlich wären (auf welche infolge Mutterschaft zum damaligen Zeitpunkt verzichtet wurde, vgl. im Juli 2012 geplante BEFAS-Abklärung, Ingress lit. C, E. 3.3.4). Die Vorinstanz ist deshalb mit Verfügung vom 2. Februar 2017 mangels rechtsgenügender Abklärung des Sachverhaltes nicht von einer erheblichen Änderung des Sachverhalts bzw. einer erheblichen Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin im Sinne des (damals geltenden) Art. 17 ATSG ausgegangen. Bereits damals erkannte sie jedoch ein Eingliederungspotential der Beschwerdeführerin, indem sie festhielt, dass sämtliche Anwendungsfälle, bei welchen ein Eingliederungspotential vermutet werde (vgl. vorstehende E. 4.1, wie die strenger gewordene Rentenzusprache bei gleich gebliebenem Sachverhalt, die Schwankungen beim Gesundheitszustand, u.a. bei psychischen Krankheiten, sowie bei jungen Personen), bei der Beschwerdeführerin zutreffen würden.

Vernehmlassend verwies die Vorinstanz zudem zum einen auf das MEDAS-Gutachten vom 28. April 2022, wonach die Eingliederung bis anhin nur deshalb nicht möglich gewesen sei, weil bei der Beschwerdeführerin eine Selbstlimitierung vorliege, da sie sich nicht bereit für eine ausserhäusliche Tätigkeit sehe. Zum andern verwies die Vorinstanz noch auf die Aussagen der Beschwerdeführerin gegenüber den MEDAS-Gutachtern, wonach sie gerne wieder arbeiten würde (jedoch nicht wisse, wann sie wieder anfangen könne).

Zudem hält die Beschwerdeführerin vorliegend ausdrücklich fest, dass aufgrund der im MEDAS-Gutachten vom 11. August 2021 (recte: 2011) attestierten Arbeitsfähigkeit von 60% unbestritten ein Eingliederungspotential vorliegt (Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 28.12.2022 S. 6 Rz. 17).

5.1.2 Die Vorinstanz hat damit den ersten Schritt des eingliederungsorientierten Rentenrevisionsverfahrens bereits mit Verfügung vom 2. Februar 2017 vorgenommen und bei der Beschwerdeführerin Eingliederungspotential erkannt. Diese Verfügung ist unangefochten in Rechtskraft erwachsen, weshalb vorliegend nicht

weiter darauf einzugehen ist. Wie bereits ausgeführt, hat das Bundesgericht mit BGE 145 V 2 bestätigt, dass das Vorhandensein eines Revisionsgrundes im Sinne von Art. 17 ATSG bei der eingliederungsorientierten Rentenrevision nicht vorausgesetzt wird. Damit kann den Ausführungen der Beschwerdeführerin nicht gefolgt werden, wenn sie geltend macht, dass es im eingliederungsorientierten Rentenrevisionsverfahren grundsätzlich darauf ankommt, ob die Vorinstanz die Rente gestützt auf die Revisionsbestimmung von Art. 17 ATSG einstellen darf oder nicht. Derweil machen weder die Vorinstanz noch die Beschwerdeführerin eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geltend (vgl. indes nachfolgend E. 5.2.4).

Vielmehr rügt die Beschwerdeführerin, dass die Vorinstanz zu Unrecht von ihr die Verwertung einer Arbeitsfähigkeit von 85% in angepasster Tätigkeit verlange, unabhängig von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes. Die Ausführungen der Beschwerdeführerin treffen insoweit zu, als die Erkennung des Eingliederungspotentials alleine noch keine Rentenkürzung oder -aufhebung gestattet. Vielmehr ist wie vorstehend (in E. 4.2) dargelegt in einem zweiten Schritt mit weiteren Abklärungen zu prüfen, ob die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich verbessert werden kann, wenn die Rentenbezügerin mit geeigneten Massnahmen entsprechend gefördert wird. Grundsätzlich soll erst die Teilnahme der versicherten Person an zumutbaren Massnahmen zu einer Rentenrevisionsmöglichkeit führen (BGE 145 V 2 E. 4.2.4). Die Vorinstanz ist im konkreten Fall nach diesen Schritten vorgegangen.

5.1.3 Das in der Folge am 13. März 2017 begonnene Aufbautraining bei T._____ wurde bereits nach wenigen Tagen Anwesenheit und infolge Krankheit wieder abgebrochen (vgl. Ingress lit. D). Die Beschwerdeführerin wurde damals von dem sie behandelnden Psychiater zu 100% krankgeschrieben. Die Vorinstanz tätigte daraufhin weitere Abklärungen, weshalb sie gestützt auf die Beurteilung des RAD vom 7. Januar 2021 zum Schluss gekommen ist, dass erneut die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens erforderlich ist. Dies zur Diagnosesicherung und Stellungnahme zu möglichen Aktivitäten / Partizipation und bisher nicht möglichen Eingliederungsfähigkeit sowie u.a. auch, weil seit 2017 keine psychiatrische Behandlung mehr durchgeführt werde (IV-act. 133).

Gestützt auf das daraufhin erstattete MEDAS-Gutachten vom 28. April 2022 bzw. auf die darin eruierte Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 85% bis 90% kam die Vorinstanz zum Schluss, dass die Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit geeigneten Massnahmen verbessert werden könne, weshalb sie die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 16. September 2022 aufforderte, an Eingliederungsmassnahmen zur schrittweisen Wiedereingliederung im

Rahmen der vorliegenden versicherungsmedizinischen Beurteilung teilzunehmen und damit das Mahn- und Bedenkzeitverfahren einleitete. Der Beschwerdeführerin wurde bis zum 14. Oktober 2022 Gelegenheit gegeben, der Vorinstanz schriftlich mitzuteilen, ob sie bereit sei ernsthafte Anstrengungen zur Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt mit Unterstützung der IV zu unternehmen. Bei fehlender Rückmeldung, fehlender Bereitschaft oder ungenügender Mitwirkung im Rahmen der Wiedereingliederung wurde ihr die Anrechnung der festgestellten Arbeitsfähigkeit bei der Invaliditätsbemessung mit der Folge der Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht gestellt (IV-act. 170). Mit Schreiben vom 17. Oktober 2022 wurde der neu vertretenen Beschwerdeführerin mangels Rückmeldung die Frist bis 4. November 2022 erstreckt (IV-act. 173).

5.1.4 Wie bereits dargelegt, ist die Beschwerdeführerin grundsätzlich verpflichtet, an zumutbaren Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (vorstehende E. 4.3; BGE 145 V 2 E. 4.3.3.3). Nachdem sich die Beschwerdeführerin durch fehlende Mitteilung gänzlich verweigerte, ist das weitere Vorgehen der Vorinstanz grundsätzlich nicht zu beanstanden. Gemäss zitierter höchstrichterlicher Rechtsprechung muss davon ausgegangen werden, dass die subjektive Eingliederungsfähigkeit, also die Bereitschaft zur Durchführung der Massnahmen, nicht vorausgesetzt wird, obwohl die Eingliederungswirksamkeit bei deren Vorhandensein zweifellos grösser ist.

5.2.1 Indes bestehen im konkreten Fall aus anderen Gründen Zweifel an der Richtigkeit der vorinstanzlichen Verfügung. So lässt sich aus den Akten entnehmen, dass die Vorinstanz davon ausging, die Beschwerdeführerin sei seit 2017 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen. Indes führte letztere gegenüber dem Psychiater bei der MEDAS-Begutachtung aus, dass sie (im November 2021 bereits seit fast vier Jahren und somit seit 2017 nach der Pensionierung ihres bisherigen behandelnden Psychiaters) bei Dr.med. Q. _____ bzw. in der Praxis von Dr.med. R. _____ in psychiatrischer Behandlung sei (vgl. IV-act. 158-118/137). Zwar ist der Beschwerdeführerin vorzuhalten, dass sie diese Änderung der Vorinstanz nicht meldete, was indes bei der Kostenaufgabe zu berücksichtigen ist (vgl. nachfolgende E. 6.1 ff.). Die Vorinstanz hat erst am 3. Juni 2019 Kenntnis davon erhalten, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr Patientin von Dr.med. J. _____ ist, in der Folge hat die Vorinstanz lediglich beim Hausarzt der Beschwerdeführerin nachgefragt, welcher offenbar keine Kenntnis von der weiteren psychiatrischen Behandlung der Beschwerdeführerin hatte (vgl. IV-act. 112). Damit sind in den Akten seit 2017 keinerlei Arztberichte des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiaters enthalten, weshalb es nicht über-

rascht, dass auch im psychiatrischen MEDAS-Gutachten nicht auf solche Berichte Bezug genommen wird.

5.2.2 Nicht nachvollziehbar ist hingegen, dass weder der psychiatrische MEDAS-Gutachter noch die Vorinstanz nach den Ausführungen der Beschwerdeführerin bei den besagten Ärzten nachgefragt und einen Arztbericht eingeholt hat. Dr.med. N._____ (MEDAS-Gutachter Psychiatrie) hat vielmehr festgehalten, dass es im Verlauf zu einer Besserung gekommen sei, indem heute eine dissoziative Störung nicht mehr bestehe, mindestens seit 2017, seitdem diese in den Akten nicht mehr aufgeführt worden sei. Dabei ging Dr.med. N._____ weder darauf ein, noch wies er darauf hin, dass die Akten hierzu gegebenenfalls unvollständig sind und nahm die notwendigen Abklärungen auch nicht selbst vor. Die im Gutachten erwähnte Verbesserung des Gesundheitszustandes mangels diagnostizierter dissoziativer Störung seit 2017 ist somit nicht nachvollziehbar, weshalb auch nicht ohne weiteres der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten gefolgt werden kann.

Störend ist sodann nicht nur, dass der Verlauf der dissoziativen Störung seit 2017 unbekannt ist, sondern dass der Verlauf des gesamten psychischen Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin und dessen Behandlung seit 2017 nicht aktenkundig ist.

Auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im MEDAS-Gutachten stützt sich jedoch in der Folge die Einleitung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens durch die Vorinstanz und die daraufhin erlassene und vorliegend angefochtene Verfügung.

Ohne Kenntnis sämtlicher aktuellen ärztlichen Beurteilungen lässt sich sodann auch nicht die Verhältnismässigkeit der Wiedereingliederung zweifellos beurteilen, da die persönliche Situation der Beschwerdeführerin nicht restlos geklärt ist (vgl. zum Erfordernis der Verhältnismässigkeit BGE 145 V 2 E. 5.3.1).

5.2.3 Damit beruht die Verfügung der Vorinstanz vom 12. Dezember 2022 bzw. bereits die Einleitung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 28. April 2022 auf einem unvollständig abgeklärten Sachverhalt. Die Sache ist damit der Vorinstanz zurückzuweisen, damit sie die ergänzenden Sachverhaltsabklärungen vornehmen und der MEDAS-Gutachterstelle zur ergänzenden Stellungnahme bzw. erneuten Beurteilung (sowohl aus psychiatrischer Sicht als auch im Konsens) auffordern kann. Eine Rückweisung an die Vorinstanz rechtfertigt sich deshalb, weil die Vorinstanz zum einen bereits im vorinstanzlichen Verfahren hätte erkennen müssen, dass der Sachverhalt unvollständig abgeklärt ist. Zum andern ist das Ergebnis nach Ergänzung des Sachverhalts noch offen und hat die Vorinstanz schliesslich das Mahn- und Bedenk-

zeitverfahren erneut durchzuführen. Die Gutachterstelle hat sich unter Einbezug der aktuellen und ergänzten Akten erneut mit der Frage der Verbesserung bzw. Heilung zu befassen. Sodann hat die Gutachterstelle der Vollständigkeit halber auf das Vorbringen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin in der vorliegenden Beschwerde (Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 28.12.2022 S. 7 Rz. 21) einzugehen, wonach das der undifferenzierten Somatisierungsstörung zugrunde liegende gutachterlich festgestellte Beschwerdebild dasselbe sei, wie das der festgestellten dissoziativen Bewegungsstörung zugrunde liegende gutachterlich festgestellte Beschwerdebild. Sodann macht der Rechtvertreter gestützt auf das Mini-ICF-Rating, wenn überhaupt von einer Veränderung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend, nachdem die Werte im Gutachten aus dem Jahr 2011 noch 5 Punkte und im Gutachten aus dem Jahr 2022 bereits 13 Punkte betragen hätten.

5.2.4 Nicht auszuschliessen ist, dass die ergänzenden Sachverhaltsabklärungen eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 17 ATSG zu ergeben vermögen, zumal sich eine solche bereits jetzt aus dem psychiatrischen Teilgutachten (welches jedoch auf einem unvollständigen Sachverhalt beruht) insoweit entnehmen lässt, als eine Besserung des Gesundheitszustandes als sehr wahrscheinlich beurteilt wird, indem eine dissoziative Störung nicht mehr diagnostiziert werden kann. Der Vorinstanz würde diesfalls eine Prüfung von Art. 17 ATSG nach wie vor offen stehen, zumal eine solche Veränderung bisher nicht abschliessend verneint wurde bzw. verneint werden konnte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, die Verfügung vom 7. Oktober 2003 und nicht diejenige vom 2. Februar 2017 dient. Lediglich die Verfügung vom 7. Oktober 2003 beruht auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (vgl. BGE 133 V 108). Bei der Verfügung vom 2. Februar 2017 wurde die Frage betreffend erheblicher Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes mangels rechtsgenügender Abklärung des Sachverhaltes nicht abschliessend beurteilt (vgl. vorstehende E. 5.1.1). Zu beachten ist, dass auch bei Bejahung einer massgeblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gegebenenfalls Eingliederungsmassnahmen zu prüfen sind (BGE 141 V 5; Urteil BGer 8C_80/2020 vom 19.5.2020).

6.1 Zu prüfen bleibt noch die Regelung der Kosten- und Entschädigungsfolgen. Im Rechtsmittelverfahren hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG).

6.2 Eine Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid (mit noch offenem Ausgang) gilt nach ständiger Praxis für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten (wie auch der Zusprechung einer Parteientschädigung) als Obsiegen der Beschwerde führenden Partei, und zwar unabhängig davon, ob die Rückweisung überhaupt beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wurde (vgl. u.a. Urteil BGer 8C_78/2009 vom 31.8.2010, teilw. publ. in BGE 136 II 393ff. E. 12.1 m.H. auf BGE 132 V 235 E. 6.1).

6.3.1 Das Verwaltungsgericht hat indes gestützt auf die §§ 71 ff. VRP und unter Rückgriff auf allgemeine prozessrechtliche Grundsätze in konstanter Rechtsprechung entschieden, dass die Nichtwahrnehmung der Mitwirkungsrechte oder gar der Mitwirkungspflichten durch die Beschwerdeführerin im vorinstanzlichen Verfahren dahingehend zu würdigen ist, dass ihr ungeachtet des Obsiegens keine Prozessentschädigung zugesprochen wird. Hat die Beschwerdeführerin durch ihr pflichtwidriges Verhalten im Verwaltungsverfahren die Beschwerde verursacht, so werden ihr i.d.R. die Kosten des Beschwerdeverfahrens auferlegt. Dabei rechtfertigt es sich, trotz Rückweisung der Sache an die Vorinstanz zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid von der Zusprechung einer Parteientschädigung abzusehen (vgl. zum Ganzen sinngemäss VGE I 2019 94 vom 10.2.2020 E. 1.2.3 ff. m.w.H.).

6.3.2 Dieses Vorgehen ist im Sozialversicherungsrecht und namentlich im IV-Bereich aufgrund folgender Überlegungen besonders geboten. Der Leistungsanspruch ist grundsätzlich aufgrund jenes Sachverhalts (Gesundheitszustand, Arbeits- und Erwerbsfähigkeit) zu beurteilen, wie er sich im Zeitpunkt des Verwaltungsentscheids präsentiert (VGE I 2019 94 vom 10.2.2020 E. 1.2.4 m.w.H.). Daraus ergibt sich die Verpflichtung der Versicherten, die ein IV-Leistungsbegehren vor der Vorinstanz anhängig gemacht haben, dafür besorgt zu sein, dass Fakten, die für die Entscheidungsfindung wichtig sind und die der Verwaltung nur bekannt sein können, wenn sie von den Versicherten offenbart werden, umgehend der Vorinstanz zur Kenntnis gebracht werden.

6.4 Im konkreten Fall wechselte die Beschwerdeführerin gemäss eigenen Angaben spätestens im Jahr 2018 ihren behandelnden Psychiater (infolge Pensionierung ihres bisherigen Psychiaters), ohne dies der Vorinstanz zu

melden. Am 3. Dezember 2018 erhielt sie eine Kopie des Schreibens der Vorinstanz an Dr.med. J._____ betreffend die dritte Mahnung für die Zustellung eines Arztberichtes (IV-act. 107), wiederum ohne der Vorinstanz zu melden, inzwischen einen anderen psychiatrischen Behandler aufzusuchen. Dr.med. J._____ teilte der Vorinstanz am 3. Juni 2019 mit, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in seiner Behandlung stehe. Eine Rückfrage beim Hausarzt ergab keinen neuen psychiatrischen Behandler (vgl. vorstehende E. 5.2.1). Dieser Umstand führte u.a. dazu, dass die Vorinstanz ein (weiteres) polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gab (IV-act. 133). Dass die Vorinstanz davon ausging, dass die Beschwerdeführerin seit 2017 nicht mehr in psychiatrischer Behandlung ist, lässt sich sodann auch dem Gutachtauftrag vom 7. Januar 2021 entnehmen, welcher der Beschwerdeführerin in Kopie ebenfalls zugestellt wurde (IV-act. 134-1/7, 135). Auch im Anschluss dessen hat die Beschwerdeführerin der Vorinstanz den Psychiaterwechsel nicht offengelegt. Erst im MEDAS-Gutachten vom 28. April 2022 hat die Beschwerdeführerin dies gegenüber dem Gutachter erwähnt. Aus diesem Grund rechtfertigt es sich vorliegend, der Beschwerdeführerin ebenfalls Verfahrenskosten aufzuerlegen, nachdem die Aufhebung der vorinstanzlichen Verfügung und Rückweisung der Sache zur ergänzenden Sachverhaltsabklärung insbesondere dem Umstand geschuldet ist, dass die Vorinstanz vor Erhalt des Gutachtens keine Kenntnis von der weiteren psychiatrischen Behandlung der Beschwerdeführerin hatte. Nachdem die Vorinstanz spätestens mit Erhalt des Gutachtens Kenntnis von diesem Umstand hätte haben müssen und sie dennoch ohne weitere Sachverhaltsabklärungen verfügte, hat jedoch auch sie die Hälfte der Verfahrenskosten zu tragen.

6.5 Bei dieser Sachlage fällt es schliesslich ausser Betracht der beanwalteten Beschwerdeführerin zulasten der Vorinstanz eine Parteienschädigung zuzusprechen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird gutgeheissen und die Verfügung vom 12. Dezember 2022 wird aufgehoben. Die Sache wird an die Vorinstanz zurückgewiesen, damit sie im Sinne der Erwägungen (E. 5.2.1 ff.) die noch erforderlichen Abklärungen vornehmen und alsdann neu entscheiden kann.
2. Die Verfahrenskosten (Gerichtsgebühr, Kanzleikosten und Barauslagen) werden auf Fr. 500.-- festgelegt und je zur Hälfte der Vorinstanz sowie der Beschwerdeführerin auferlegt. Diese Kosten werden zahlungsverkehrsmässig so umgesetzt, dass das Gericht den von der Beschwerdeführerin bezahlten Kostenvorschuss (Fr. 500.--) einbehält und die Vorinstanz der Beschwerdeführerin innert 30 Tagen seit Zustellung dieses Entscheids Fr. 250.-- zu bezahlen hat.
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. Dezember 2023

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: 10. Januar 2024