

200 19 794 IV
SCI/COC/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. September 2020

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Jakob
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 18. September 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde am 3. Februar 2015 Opfer eines tätlichen Übergriffs (Akten der Invalidenversicherung [IV]; Antwortbeilage [AB] 17.1 S. 14 ff., 17.4, 104.105 S. 2 ff.). Die Versicherung N._____ (N._____), bei welcher die Versicherte gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert war, richtete bezüglich dieses Ereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus (AB 17.1 S. 7), wobei das Verfahren betreffend die Rentenfrage und die Integritätsentschädigung – zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung im vorliegenden Verfahren – noch hängig war (Beschwerde S. 4 Art. 2 Ziff. 1).

B.

Am 9. April 2015 hat sich die Versicherte unter Hinweis auf seit dem Übergriff bestehende (somatische) Beschwerden (akutes Subduralhämatom links bei offenem Schädelhirntrauma mit Duraperforation temporo-basal links) bei der IV zum Leistungsbezug angemeldet (AB 3). In der Folge veranlasste die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbliche Erhebungen. Dabei liess sie die Versicherte durch die MEDAS C._____ GmbH (MEDAS), bidisziplinär (psychiatrisch und ophthalmologisch) begutachten (Expertise vom 13. September 2018; AB 78.1). Mit Vorbescheid vom 2. November 2018 (AB 79) stellte die IVB der Versicherten ab 1. Februar 2016 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 100% die Zusprache einer ganzen IV-Rente und vom 1. Februar bis 31. August 2018 bei einem IV-Grad von 50% die Zusprache einer befristeten halben IV-Rente in Aussicht. Dagegen verneinte sie einen Rentenanspruch für die Zeit ab dem 1. September 2018 bei einem IV-Grad von 25%. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden und erhob Einwand (AB 93). Mit Verfügung vom 18. September 2019 (AB 98) sprach die IVB der Versicherten – wie im Vorbescheid angekündigt – ab dem 1. Februar 2016 eine gan-

ze IV-Rente und vom 1. Februar bis 31. August 2018 eine befristete halbe IV-Rente zu.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 21. Oktober 2019 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 18. September 2019, mit welcher der Beschwerdeführerin für die Dauer vom 1. Februar bis 31. August 2018 eine befristete Rente bei einem IV-Grad von 50% zugesprochen wird, sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2018 weiterhin eine ganze Rente auszurichten.

– unter Kosten- und Entschädigungsfolge –

Aufforderungsgemäss reichte die Beschwerdeführerin am 30. Oktober 2019 den Zustellumschlag der angefochtenen Verfügung im Original beim Gericht ein.

In der Beschwerdeantwort vom 26. November 2019 schloss die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf eine Stellungnahme der MEDAS-Gutachter vom 12. November 2019 (AB 107) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 6. März 2020 und Duplik vom 20. April 2020 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Juni 2020 orientierte der Instruktionsrichter aufgrund einer summarischen Prüfung der Sach- und Rechtslage über eine mögliche Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen und eine dadurch allenfalls drohende Schlechterstellung (*reformatio in peius*) und bot den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme resp. der Beschwerdeführerin Gelegenheit zum Rückzug der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 5. Juni 2020 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer weiteren Stellungnahme und hielt an ihren Anträgen fest. Die Beschwerdeführerin hielt mit Eingabe vom 15. Juli 2020 ebenfalls an ihrer Beschwerde und ihren Anträgen fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 18. September 2019 (AB 98). In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbezugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen

Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413; AHI 2001 S. 278 E. 1a; SVR 2019 IV Nr. 33 S. 100 E. 3.2). Folglich ist vorliegend der grundsätzliche Anspruch auf eine IV-Rente, unter Einschluss der unbestritten gebliebenen (Beschwerde S. 2 Ziff. I) Zusprache einer ganzen IV-Rente von 1. Februar 2016 bis 31. Januar 2018, zu prüfen.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2

2.2.1 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1).

2.2.2 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Die Anerkennung eines rentenbegründenden IV-Grades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6 S. 308).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.4 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

2.5 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

2.6

2.6.1 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (BGE 133 V 263 E. 6.1 S. 263; SVR 2019 IV Nr. 2 S. 4 E. 2).

2.6.2 Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein

Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2018 UV Nr. 22 S. 79 E. 2.2.1).

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin erlitt anlässlich des tätlichen Übergriffs mit einem ... vom 3. Februar 2015 insbesondere ein akutes Subduralhämatom links bei offenem Schädelhirntrauma, eine Abduzensparese sowie ein Horner-Syndrom links. Ferner wurden eine Carotis cavernosus-Fistel sowie zwei inzidentelle kavernöse Aneurysmata der linken Arteria carotis interna festgestellt (AB 11 S. 11 ff., S. 30 f.). Im Verlauf erfolgten zahlreiche Untersuchungen und Hospitalisationen sowie zwei operative Eingriffe (osteoplastische Minikraniotomie und Hämatomevakuuation links mit Einlage einer subduralen flachen Blake Drainage am 3. Februar 2015 sowie Einlage eines linksseitigen Flowdiverters in das kavernöse Segment der linken Arteria carotis interna am 23. Juni 2016; vgl. u.a. AB 11 S. 8 f., S. 30 f., 17.2 S. 7 f., 53.4 S. 25 f.). Ferner wurde die Beschwerdeführerin mehrfach stationär behandelt; so war sie vom 3. März bis 6. Mai 2015 in der Klinik Q._____ (AB 19 S. 2 Ziff. 1.3), vom 18. November 2015 bis 13. Januar 2016 in den Psychiatrischen Diensten D._____ (AB 26 S. 1 Ziff. 1.3), vom 31. Mai bis 27. Juli 2016 in der Klinik E._____ (AB 54.3 S. 50) sowie vom 16. August bis 3. November 2016 wiederum in den Psychiatrischen Diensten D._____ (AB 38 S. 3) hospitalisiert. In den diesbezüglich erstellten zahlreichen medizinischen Berichten wurden die Beschwerden und deren Heilungsverlauf ausführlich dargestellt. Konkrete Ausführungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin fehlen in den meisten Berichten jedoch, weshalb diese für die Beurteilung derselben nicht behilflich sind.

Bezüglich dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin und dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Der Konsiliarpsychiater Dr. med. F. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 10. Januar 2017 (AB 53.3 S. 3 ff.) eine depressive Episode ohne psychotische Symptome, aktuell schwergradig und chronifiziert (ICD-10 F32.2), eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; ICD-10 F43.1), leichte kognitive Minderleistungen, eine aneurysmatische Aufweitung der linken Arteria carotis interna intrakavernös, einen Status nach akutem Subduralhämatom links, eine Abduzensparese und Horner-Syndrom links sowie eine traumatische Carotis cavernosus-Fistel (S. 36 f.). Die Beschwerdeführerin habe anlässlich der Untersuchung sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht ganz erheblich stärker eingeschränkt gewirkt, als dies aufgrund der Aktenlagen zu erwarten gewesen sei. Sie habe ausgesprochen verlangsamt und unsicher gewirkt. Hinweise auf eine Verdeutlichung oder auf eine Aggravation hätten sich keine ergeben (S. 33). Das gesamte Zustandsbild sei nicht mit einer PTBS oder einer Depression fassbar. Vielmehr seien die diagnostischen Kriterien beider Entitäten klar erfüllt. Weitere psychiatrische Störungen lägen nicht vor. Die starken Ängste seien im Rahmen der PTBS zu stellen (S. 35). Die Beschwerdeführerin sei durch die psychischen Beeinträchtigungen im Alltag erheblich eingeschränkt. Wegen den Schlafstörungen und der stark erhöhten Erschöpfbarkeit müsse sie sich auch tagsüber immer wieder hinlegen. Das Bewegen in der Öffentlichkeit und die Benutzung des öffentlichen Verkehrs würden durch die starken Ängste in einem hohen Mass eingeschränkt. Ermüdung und darauf beruhende, recht ausgeprägte Störungen der Konzentrationsfähigkeit führten auch im Alltag immer wieder zu erheblichen Fehlleistungen. Die emotionale Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit, Durchhaltevermögen und Frustrationstoleranz seien stark vermindert. Aus diesen Gründen bestehe bis auf weiteres keine im ersten Arbeitsmarkt verwertbare berufliche Leistungsfähigkeit (S. 37 f.).

3.1.2 Im Bericht des Spitals G. _____ vom 7. November 2017 (AB 58) wurden ein Status nach Schädelhirntrauma nach tätlichem Angriff im Februar 2015 mit Abduktions-, Hebungs- und Senkungseinschränkung links und ein Status nach Herpeskeratitis OS (Auge links) im März 2016 diagnostiziert. Unter der konsequent durchgeführten Befeuchtungstherapie mit Tropfen und Salben zeige sich am linken Auge wieder ein voller Visus. Neu

berichte die Beschwerdeführerin über stechende Schmerzen im Bereich des linken Oberlides, welche am ehesten als Trigeminalneuralgie interpretiert würden. Die Schielwinkelverhältnisse und auch die Augenmotilitäts einschränkung am linken Auge seien im Vergleich zum März 2017 unverändert, es zeige sich also keine erneute Progredienz. Für die Ferne komme die Beschwerdeführerin ohne Brille und ohne Okklusion zurecht. Für die Nähe sei eine Brille und eine Abdeckfolie für das linke Brillenglas verordnet worden (S. 1 f.).

3.1.3 Im Bericht der Psychiatrischen Diensten D. _____ vom 23. November 2017 (AB 57) wurden namentlich eine PTBS (ICD-10 F43.1) mit/bei tätlichem Angriff (ICD-10 Z65) und langjährigem Stalking (ICD-10 Z65) sowie eine leichte depressive Störung ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.0) diagnostiziert. Ferner wurde der Gesundheitszustand als verbessert bezeichnet. Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor an einer Angstsymptomatik in Situationen, in denen sie alleine unterwegs sei, wenn sie auf eine Menschenansammlung stosse oder sich an Orten aufhalte, an denen sie zuvor gestalkt worden sei. Die Angstsymptomatik beinhalte körperliche Reaktionen wie Übelkeit, Herzrasen, Schweissausbrüche, Zittern, Gangunsicherheit und Gedanken, dass etwas Schreckliches passieren könnte. Des Weiteren lägen Alpträume und Intrusionen vor. Das körperliche Wiedererleben habe sich allerdings verbessert. Die Beschwerdeführerin leide an übertriebenen Schreckreaktionen und an einer verminderten Konzentrationsfähigkeit. Ferner lägen ein Interessensverlust, ein verminderter Selbstwert und Gedankenkreisen vor (S. 2). Aktuell sei die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar. Aufgrund der bereits erreichten Zustandsverbesserung im Bereich der depressiven Symptomatik werde bei kontinuierlichem Arbeiten in der Traumatherapie davon ausgegangen, dass die Prognose günstig ausfalle (S. 3).

3.1.4 Die Dres. med. H. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und I. _____, Fachärztin für Ophthalmologie, diagnostizierten im bidisziplinären Gutachten vom 13. September 2018 (AB 78.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode mit posttraumatischen Symptomen (ICD-10 F33.0/F33.1), eine Abduzensparese (linkes Auge; ICD-10

H49.2) und eine Oculomotoriusparese (linkes Auge; ICD-10 H49.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeiten hielten die Gutachter eine anlagebedingte Fehlsichtigkeit (Hyperopie/ Astigmatismus; ICD-10 H52.0/H52.2), eine Alterssichtigkeit (ICD-10 H52.4) und eine chronische Benetzungsstörung (ICD-10 H04.1) fest (S. 8 Ziff. 4.2).

Aus ophthalmologischer Sicht sei eine permanente Doppelbildwahrnehmung wegen Motilitätseinschränkung des linken Auges (Abduzens- und Oculomotoriusparese nach Schädelhirntrauma) objektivierbar, wobei eine andauernde Korrektur durch Prismen nicht gut möglich sei. Das Sehen in der Nähe mit dem linken Auge sei wegen fehlender Naheinstellungsreaktion deutlich beeinträchtigt. Sonst zeige sich beidseits ein altersentsprechender, intakter ophthalmologischer Befund. Bei der Beschwerdeführerin resultiere für alle Tätigkeiten, die durchschnittliche Anforderungen an die Sehfähigkeit stellten, eine Einschränkung von 25% aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs, welcher Kompensationsmechanismen wegen vermehrter Anstrengung bei funktioneller Einäugigkeit geschuldet sei. Tätigkeiten mit Notwendigkeit des Stereosehens seien nicht geeignet (AB 78.1 S. 8 Ziff. 4.3; 78.2 S. 5 f. Ziff. 7.1 und 7.4).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte bis mittelgradige depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, einem gewissen Interessensverlust aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, leichte Konzentrationsstörungen und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Es bestünden auch posttraumatische Symptome mit Ängsten, wieder angegriffen zu werden, und einem gewissen Vermeidungsverhalten. Eine PTBS könne als eigenständige Diagnose nicht aufgeführt werden. Dazu fehlten neben dem wiederholten Erleben traumatischer Erinnerungen in sich aufdrängende Gedanken und Träumen und zwar so, als ob das traumatische Ereignis unmittelbar stattfinde, vor allem eine emotionale Abstumpfung der Umgebung gegenüber oder Phasen von deutlicher Erregtheit. Weiter wurde ausgeführt, der Medikamentenspiegel des Antidepressivums sei nicht im therapeutischen Bereich, was ein Hinweis auf eine ungenügende Compliance sein könne. Es bestehe eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung, indem es sich die Beschwer-

deführerin nicht vorstellen könne, mit ihren somatischen und psychischen Beschwerden zu arbeiten. Aus psychiatrischer Sicht resultiere eine leichte Einschränkung der Belastungsfähigkeit im Sinne einer Leistungseinbusse bei etwas erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement. Seit 2017, seitdem in den Akten eine Verbesserung dokumentiert sei, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80%. Zuvor könne auf die in den Akten aufgeführten Arbeitsunfähigkeiten abgestellt werden (AB 78.1 S. 8 Ziff. 4.3; 78.2 S. 13 f. Ziff. 7.2 und 8.1).

Aus bidisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, dass sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer angepassten Tätigkeit (ohne Tätigkeiten mit Beanspruchung des Stereosehens, d.h. potenziell gefährliche Arbeiten z.B. an schnell drehenden Maschinen) eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75% bestehe, wobei die Leistung aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und des leicht reduzierten Rendements eingeschränkt sei. Nach dem Unfall bzw. Angriffsereignis vom 3. Februar 2015 sei die Arbeitsfähigkeit bis arbiträr Oktober 2017 aufgehoben gewesen. Ab November 2017 könne eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bestätigt werden. Spätestens ab Juni 2018 bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 75%. Die Leistungseinbussen aus somatischer und psychiatrischer Sicht würden sich ergänzen und nicht addieren, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten (AB 78.1 S. 9 Ziff. 4.6 - 4.8).

3.1.5 Im Rahmen einer Stellungnahme zum IV-Vorbescheid vom 21. Dezember 2018 (AB 93 S. 4 ff.) diagnostizierten die leitende Psychologin der Psychiatrischen Diensten D. _____ J. _____ und die Assistenzärztin Dr. med. K. _____ eine PTBS (ICD-10 F43.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; S. 4). Seit dem tätlichen Angriff sei die Beschwerdeführerin massiv eingeschränkt sowohl bezogen auf ihre psychische Gesundheit als auch auf ihren Alltag. Sie leide unter wiederholtem Erleben des Traumas durch sich aufdrängende Erinnerungen wie Flashbacks und Albträumen. Bei Situationen, die dem ursprünglichen Trauma ähnelten, komme es zu einer inneren Bedrängnis, die traumagleich erlebt werde. Es komme zu einem stark ausgeprägten Vermeidungsverhalten. Im öffentlichen Raum erlebe die Beschwerdeführerin regelmässig Angst- und Panikzustände, welche von kör-

perlichen Symptomen wie Übelkeit, Zittern, Herzrasen, Gangunsicherheit und Verstärkung der Sehstörungen begleitet würden, bis hin zu Dissoziationen. Dies führe dazu, dass sie den öffentlichen Verkehr gar nicht mehr nutzen könne. Ferner bestünden eine andauernde emotionale Abgestumpftheit und Teilnahmslosigkeit gegenüber ihrer Umwelt und ihren Mitmenschen, welche sich oftmals sogar auf ihre Familie erstrecke. Die vegetative Übererregtheit zeige sich in übermässiger Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen. Somit sei die Diagnose einer PTBS eindeutig gegeben (S. 5). Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, ihren Alltag allein zu bewältigen. Sie benötige für elementare Verrichtungen Unterstützung, müsse vieles delegieren und könne auch mit Begleitung nicht zuverlässig das Haus verlassen. Sie leide anhaltend unter ausgeprägten Symptomen der PTBS. Damit sei sie eindeutig seit dem tätlichen Angriff nicht mehr erwerbsfähig (S. 6).

3.1.6 Der Kreisarzt Dr. med. F. _____ wiederholte im Untersuchungsbericht vom 21. April 2019 (AB 104.39) die zuvor gestellten Diagnosen (S. 48 f.). Die beschriebenen Beschwerden und die erheblichen Befunde seien im Vergleich zur früheren Untersuchung im Jahr 2016 wenig verändert. Bei den unter Menschen sehr häufig und in intensiver Weise auftretenden Panikattacken (mit Kribbeln, Druck auf der Brust, Übelkeit) seien intrusive Aspekte (Bezug zum Unfallereignis sowie zum jahrelangen Stalking) etwas zurückgegangen. Die Auslösung dieser psychischen Ausnahmezustände stehe allerdings weiterhin in einem direkten, posttraumatischen Zusammenhang mit der durch diese Ereignisse bedingten Verunsicherung und Angst. Ärger und Wut in Bezug auf die Täterin und gewisse involvierte offizielle Stellen seien im Verlauf Gefühlen von Enttäuschung, Verbitterung und Resignation gewichen (S. 44). Bezüglich der interdisziplinären Begutachtung im MEDAS beanstandete der Kreisarzt, dass keine neurologische und allenfalls neuropsychologische Untersuchung stattgefunden habe. Immerhin habe die Beschwerdeführerin eine durchaus relevante Hirnverletzung erlitten und es seien leichte kognitive Minderleistungen betreffend Aufmerksamkeit und exekutive Funktionen beschrieben worden (S. 45). Das psychiatrische Teilgutachten des MEDAS bilde den Leidensdruck, die funktionellen Einschränkungen und die berufliche Zumutbarkeit nicht in einer angemessenen Weise ab. Die Beschwerdeführerin

schildere seit Jahren in konsistenter Weise ausgeprägte Beschwerden und Beeinträchtigungen. Es bleibe unklar, wie dies der psychiatrische MEDAS-Gutachter beurteile. Die ausgeprägten Angstzustände wische er weg wegen der nicht näher explorierten und beurteilten Tatsache, dass die Beschwerdeführerin fähig sei, manchmal ohne die Gegenwart anderer Menschen allein zu spazieren. Zugleich werde aber im Gutachten auch nicht festgehalten, dass von einer starken Verdeutlichung oder gar Aggravation auszugehen sei. Die gestellten Diagnosen (leichte bis mittelgradige depressive Episode mit posttraumatischen Symptomen) würden der Schwere des vorliegenden Störungsbildes nicht gerecht. Ferner werde im MEDAS-Gutachten eine ganz erhebliche, namhafte Verbesserung im Verlauf attestiert. Dies werde allerdings nicht in detaillierter und nachvollziehbarer Weise begründet (S. 46). Wenn der psychiatrische MEDAS-Gutachter keine PTBS diagnostiziere, müsste er die Diagnose einer Angststörung stellen, um den häufigen und stark limitierend wirkenden Panikzuständen gerecht zu werden. Allerdings zeigten diese von ihren auslösenden Faktoren her weiterhin einen deutlichen Bezug zu der erfolgten Traumatisierung, weshalb es unter Berücksichtigung der daneben immer noch vorliegenden posttraumatischen Symptome gerechtfertigt sei, auch jetzt noch die Diagnose einer PTBS zu stellen. Die erlebten Traumatisierungen bestimmten Erleben, Lebensgestaltung und Lebensqualität weiterhin in einem hohen, ungünstigen Ausmass (S. 48). Abschliessend führte der Kreisarzt aus, es bestehe eine anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit. Dies beruhe vor allem auf ausgeprägten Ängsten, welche trotz intensiver Behandlungen selbst in Begleitung häufig in massiver Weise aufträten und das Bewegen unter Menschen ohne Begleitung praktisch verunmöglichten. Daneben bestünden erhebliche Einschränkungen von Konzentrationsfähigkeit, Antrieb, emotionaler Belastbarkeit und Anpassungsfähigkeit (S. 49 und 51).

3.1.7 PD Dr. med. L._____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. M._____, Facharzt für Ophthalmologie, von der Abteilung Versicherungsmedizin der N._____, führten im Bericht vom 27. September/4. Oktober 2019 (AB 104.10) aus, auf neurologischem Fachgebiet liege eine strukturelle links temporale Hirnverletzung vor mit der Folge der bereits versicherungspsychiatrisch bewerteten leichten neurokognitiven Defizite. Zudem sei eine Verletzung der linken Arteria carotis interna intrakrani-

ell mit der Folge einer Sinus cavernosus Fistel und einer aneurysmatischen Aufweitung überwiegend wahrscheinlich unfallkausal durch die penetrierende Stichverletzung, die im Rahmen eines interventionellen Verschlusses zur Behandlung dieser aneurysmatischen Aufweitung im Sinus cavernosus habe verschlossen werden müssen. Neuro-ophthalmologisch seien überwiegend wahrscheinlich unfallkausale Beschwerden mit Doppelbildern in alle Richtungen (ohne Abdeckung eines Auges) bei Hirnnervenschädigung mit Abduzensparese und Okulomotorius-Teilparese links in Kombination mit einem Horner-Syndrom festzustellen (S. 4). Im vorliegenden Fall sei es nicht zielführend resp. kaum möglich rein medizinteoretisch losgelöst von der schweren psychiatrischen Folgestörung mit versicherungsmedizinisch beurteilter dauerhafter Arbeitsunfähigkeit nunmehr vier Jahre nach erlittenem Gewalttrauma eine neurologische Teilarbeitsfähigkeit zu definieren, bei zusätzlich vorliegenden leichten kognitiven Defiziten und einer Doppelbilder-Symptomatik. Festgestellt werden könne lediglich, dass auch auf rein organischer Grundlage aufgrund der strukturellen Hirnverletzungen in Kombination mit den Hirnnervenverletzungen eine Bewegungseinschränkung am linkseitigen Auge in alle Richtungen bestehe und eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit von mindestens 50% in quantitativer und qualitativer Hinsicht überwiegend wahrscheinlich sei, allein schon auf neuro-ophthalmologischem Fachgebiet (S. 5).

3.1.8 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens holte die Beschwerdegegnerin bei den MEDAS-Gutachtern eine Stellungnahme ein (Stellungnahme vom 12. November 2019; AB 107). Die Gutachter führten darin aus, der Psychiater halte an der Diagnose einer PTBS fest und führe aus, dass die ICD-10 Forschungskriterien für eine PTBS und für eine Depression zu beurteilen seien. Er habe dies auch gemacht und sei deshalb zu einer etwas anderen Beurteilung gekommen als sie. Bei ihrer Begutachtung seien dagegen die versicherungsmedizinischen Vorgaben berücksichtigt worden. Die von Dr. med. F. _____ aufgeführten Diagnosen und die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt entsprächen der subjektiven Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, durch die psychischen Beeinträchtigungen bereits im Alltag erheblich eingeschränkt zu sein und wegen der Schlafstörungen mit ihrer stark erhöhten Erschöpfbarkeit sich auch tagsüber immer wieder hinlegen zu müssen. Der von Dr. med. F. _____

erhobene psychiatrische Befund lasse eine Entfremdung wie Phasen von Erregung bei Konfrontation mit dem Trauma vermissen. Vielmehr führe Dr. med. F. _____ aus, die Schilderungen hätten detailliert, konkret, differenziert und authentisch gewirkt, insbesondere die Erlebnisse während Panikzuständen. Menschen mit einer deutlichen PTBS würden aber im Untersuchungsgespräch in sich gekehrt wirken und könnten nicht gut reden, vor allem nicht über das Trauma, auch wenn ihnen dies bewusst sei. Es könne auch zu Erregungszuständen kommen. Zusammenfassend lägen keine neuen Befunde und Beurteilungen vor, die das Gutachten vom 13. September 2018 in Frage stellen könnten. An diesem könne weiterhin festgehalten werden (S. 1 f.).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörte-

rung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 139 V 99 E. 2.3.2 S. 103, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 18. September 2019 (AB 98) massgeblich auf das bidisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 13. September 2018 (AB 78.1) gestützt.

Dieses Gutachten samt Stellungnahme vom 12. November 2019 (AB 107) genügt für eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin jedoch nicht (vgl. E. 3.2 hiavor). Zwar haben sich die beiden Gutachter in ihren ärztlichen Beurteilungen in Kenntnis der medizinischen Vorakten sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen insbesondere gestützt auf ihre eigenen Untersuchungen getroffen. Dabei hat sich der Psychiater namentlich detailliert mit der von den behandelnden Fachpersonen und dem Psychiater diagnostizierten PTBS auseinandergesetzt und schlüssig dargelegt, dass diese Diagnose u.a. mangels emotionaler Abstumpfung der Umgebung gegenüber und mangels Phasen von deutlicher Erregtheit nicht (mehr) erhoben werden kann (AB 78.2 S. 13 Ziff. 7.2). Ferner nimmt die Beschwerdeführerin ausschliesslich Fahrdienste der O._____ und des P._____ in Anspruch (AB 78.2 S. 11 oben, 104.39 S. 40), was einen erheblichen Krankheitsgewinn darstellt, worauf die Gutachter mit ihrem Verweis auf eine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin überzeugend hingewiesen haben (AB 78.2 S. 13).

Jedoch geht aus den vorliegenden Akten ebenfalls hervor, dass den MEDAS-Gutachtern diverse, für eine umfassende Erhebung des psychischen Gesundheitszustandes massgebende Umstände nicht bekannt waren. So hat die Beschwerdeführerin offenbar aus Angst vor erneuten Übergriffen aus dem Umfeld der Stalkerin einen (geheimen) Wohnortswechsel vorgenommen (AB 104.39 S. 39), der in der Zentralen Personenverwaltung (ZPV) nicht hinterlegt wurde und möglicherweise erst nach der Begutachtung im MEDAS erfolgt ist. Des Weiteren konnten sich die Gutachter zur

Beurteilung der Konsistenzfrage nicht auf hinreichend umfassende Abklärungen der Beschwerdegegnerin stützen. Es fehlen insbesondere echtzeitliche Befunderhebungen der behandelnden Psychologin der Psychiatrischen Diensten D. _____ wie auch Unterlagen zu der offenbar eingeleiteten Psychiatriespitem (vgl. AB 104.39 S. 40 und S. 44). Aufgrund dessen kann aktuell nicht beurteilt werden, ob die von der behandelnden Psychologin geschilderten massiven Einschränkungen in der Verkehrsfähigkeit (Beschwerdeführerin leide auch in Begleitung unter massiven Stress- sowie Angstzuständen und könne nur in wenigen Situationen das Haus verlassen; AB 93 S. 5) objektiv zu begründen sind. Diesbezüglich stellt sich namentlich die Frage, ob diese allenfalls Grundlage einer Störung bilden, die der – gemäss insoweit überzeugender Darstellung der MEDAS-Gutachter – nicht mehr feststellbaren PTBS gefolgt ist, mithin nun eine krankheitswertige Persönlichkeitsänderung bzw. Persönlichkeitsstörung vorliegt. Hierzu haben sich die MEDAS-Gutachter nicht geäussert. Dies wäre jedoch mit Blick auf die diagnostischen Leitlinien, wonach eine PTBS, wenn sie über viele Jahre einen chronischen Verlauf annimmt, in eine dauernde Persönlichkeitsänderung übergeht (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 208), notwendig gewesen und stellt einen Mangel am MEDAS-Gutachten dar.

Des weiteren vermag das MEDAS-Gutachten auch wegen der von der Beschwerdegegnerin auf eine einzige somatische Fachdisziplin beschränkte Beurteilung nicht vollständig zu überzeugen. Der Psychiater hat zu Recht darauf hingewiesen (AB 104.39 S. 45), dass im vorliegenden Fall auch die Fachdisziplinen der Neurologie und der Neuropsychologie (Letztere als Hilfsdisziplin von Neurologie und Psychiatrie) hätten beigezogen werden müssen, um einen ausgewogenen Gesamteindruck des Gesundheitszustandes zu erhalten. Dies da seitens der Neurologie sehr wohl ein Gesundheitsschaden attestiert wird (Parenchymdefekt temporal links; vgl. AB 104.30 S. 1). Der somatische Gesundheitsschaden erweist sich deshalb als zu wenig abgeklärt. Gerade in dieser Hinsicht übergibt jedoch auch der Psychiater seine eigene Forderung, indem er nicht in seine Fachdisziplin fallende Diagnosen (leichte kognitive Minderleistung, aneurysmatische Aufweitung der linken Arteria carotis interna intrakavernös etc.) ohne

Abgrenzung und fachärztliche Mitbeurteilung übernommen hat (AB 53.3 S. 36 f.). Der spätere Bezug der Versicherungsmedizin (vgl. E. 3.1.7 hier- vor) heilt diesen Mangel nicht (vgl. auch E. 3.4.1 hiernach). Insoweit steht die derzeit ungeprüfte medizinische These im Raum, dass die Beschwerdeführerin allenfalls auch eine psychiatrische Schädigung auf somatischer Basis aufweist (vgl. insbesondere ICD-10 F07.- [Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns]).

3.4 Auch die weiteren Akten erlauben keine abschliessende Beurteilung.

3.4.1 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 f. Art. 4; Stellungnahme vom 15. Juli 2020 S. 1 f.) kann vorliegend nicht auf die Untersuchungsberichte des Psychiaters vom 10. Januar 2017 (AB 53.3 S. 3 ff.) und vom 21. April 2019 (AB 104.39) abgestellt werden, in welchen Dr. med. F. _____ namentlich aufgrund einer diagnostizierten depressiven Episode, schwergradig ausgeprägt und chronifiziert, sowie einer PTBS eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (AB 53.3 S. 36 ff. und 104.39 S. 48 ff.). Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass der Psychiater – worauf die MEDAS-Gutachter zutreffend hingewiesen haben (AB 107 S. 1 f.) – seine Beurteilung auf der Basis der ICD-10 Forschungskriterien und nicht der allgemeinen diagnostischen Leitlinien der ICD-10 abgegeben hat (vgl. AB 53.3 S. 34 f.). Dies bedeutet jedoch nicht, dass den Berichten keinen Beweiswert zukommt. Vorliegend weisen die Beurteilungen des Psychiaters jedoch offensichtliche Mängel auf. Zum einen hat er sich in seinen Berichten massgebend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt, welche aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht jedoch nicht massgebend sind. Zum anderen hat er die im Rahmen der PTBS berücksichtigten Befunde gleichzeitig auch zur Begründung einer Depression beigezogen (AB 53.3 S. 34 f.), was nicht zulässig ist. Bezüglich der diagnostizierten PTBS hat Dr. med. F. _____ im Bericht vom 21. April 2019 zudem keine eigene Befunderhebung vorgelegt, welche die Diagnose einer noch bestehenden PTBS belegen würde, sondern einzig ausgeführt, "es liegen weiterhin einige psychotraumatologische Symptome vor" (AB 104.39 S. 43 oben). Dazu kommt, dass die diagnosti-

zierte schwere Depression nicht vereinbar ist mit den anlässlich der Untersuchung erhobenen nicht stark ausgeprägten Befunden (AB 53.3 S. 26 und 104.39 S. 42) und dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin ihr Leben offenbar weitgehend selber meistern kann und einen geregelten Tagesablauf aufweist (vgl. AB 53.3 S. 24 und 104.39 S. 39).

Weiter ist nicht nachvollziehbar, dass der Psychiater die festgestellte verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit namentlich damit begründet, dass sich die Beschwerdeführerin nicht an Adressen erinnern könne (AB 104.39 S. 42). Dies kann sehr wohl auch bei Personen ohne psychische Beschwerden zutreffen. Auffällig ist aber, dass die Beschwerdeführerin Orte beschreiben und ohne Kenntnis der Adresse finden kann (vgl. AB 104.39 S. 40). Gegen eine (stark) verminderte Konzentrations- und Merkfähigkeit spricht ferner, dass die Beschwerdeführerin sehr detailliert über ihre Medikation informiert ist (AB 104.39 S. 40). Wenn sie im Übrigen behauptet, die Medikamente regelmässig einzunehmen (AB 104.39 S. 40), steht dies im Widerspruch zur anlässlich der MEDAS-Begutachtung durchgeführten Blutuntersuchung, welche einen Medikamentenspiegel des Antidepressivums unter dem therapeutischen Bereich ergeben hat (AB 78.1 S. 8 Ziff. 4.3). Nicht überzeugen kann der Psychiater schliesslich, wenn er zur Stärkung seiner eigenen Auffassung den MEDAS-Gutachtern vorhält, einen nur knappen Aktenauszug vorgelegt zu haben (AB 104.39 S. 45). Wesentlich ist die Kenntnis der Akten und nicht ob diese, wie von ihm selbst vorgenommen, über Seiten kopiert werden, danach jedoch in der eigentlich wesentlichen Befunderhebung eine systematische Aufarbeitung – abgesehen von der umfassenden Kritik an den MEDAS-Gutachtern – fehlt.

Und schliesslich kann auch deshalb nicht auf die Berichte des Psychiaters abgestellt werden, weil dieser einzig eine monodisziplinäre Beurteilung ohne Mitberücksichtigung der offensichtlich bestehenden somatischen Gesundheitsschäden abgegeben hat. Daran ändert nichts, dass PD Dr. med. L. _____ und Dr. med. M. _____ von der Abteilung Versicherungsmedizin der N. _____ am 27. September 2019 aus neurologischer und ophthalmologischer Sicht zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin Stellung genommen haben (AB 104.10), da diese die Beschwerdeführe-

rin nicht selber untersucht haben, obwohl sie namentlich eine aktuelle neuropsychologische Standortbestimmung als wünschenswert bezeichnet haben (S. 4). Darüber hinaus haben die Fachärzte nicht abschliessend zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus somatischer Sicht Stellung genommen, sondern sie gaben einzig an, dass eine mindestens 50%-ige Arbeitsunfähigkeit in quantitativer und qualitativer Hinsicht überwiegend wahrscheinlich sei (S. 5).

3.4.2 Letztlich kann vorliegend zur abschliessenden Beurteilung der Leistungsansprüche ebenfalls nicht auf die Berichte der behandelnden Fachpersonen der Psychiatrischen Diensten D. _____ vom 23. November 2017 (AB 57) und vom 21. Dezember 2018 (AB 93 S. 4 ff.) abgestellt werden, in welchen aufgrund der diagnostizierten PTBS und der rezidivierenden depressiven Störung eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (AB 57 S. 2 f. und 93 S. 4 und S. 6). Denn eine schlüssige Begründung namentlich für die attestierte Arbeitsunfähigkeit fehlt in diesen Berichten. Die behandelnden Fachpersonen scheinen sich – wie der Psychiater – in ihrer Beurteilung massgebend auf die aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht massgebenden subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und nicht auf objektivierte Befunde gestützt zu haben. Soweit sie davon ausgingen, dass die Beschwerdeführerin nicht in der Lage sei, ihren Alltag alleine zu bewältigen und eigenständig die Wohnung zu verlassen (AB 93 S. 6), widerspricht dies den Angaben der Beschwerdeführerin gegenüber dem MEDAS-Psychiater, dass sie diverse Aufgaben im Haushalt (kochen, staubsaugen) selbständig mache und auch alleine draussen spazieren gehe (AB 78.2 S. 10 f.). Ferner nahmen die behandelnden Fachpersonen an, dass bereits aufgrund des vor dem tätlichen Übergriff im Februar 2015 erfolgten Stalkings eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestanden hat (AB 93 S. 4), was jedoch gestützt auf die vorliegenden Akten nicht erstellt ist, zumal vor dem Angriff keine psychiatrische Behandlung stattfand (AB 78.2 S. 9). Zudem wurden die festgestellte Schreckhaftigkeit und das Vermeidungsverhalten von den behandelnden Ärzten und insbesondere auch vom Psychiater – entgegen den Ausführungen im Bericht vom 21. Dezember 2018 (AB 93 S. 4) – erst auf die Zeit nach dem tätlichen Übergriff gelegt (vgl. AB 53.3 S. 34).

3.5 Unter diesen Umständen kann vorliegend keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. Der Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als ungenügend abgeklärt. In der Folge ist die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Verwaltung zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt vollständig abkläre. Dabei hat die Beschwerdegegnerin vorgängig zur Gewährung der vom strukturierten Beweisverfahren gesetzten Anforderungen vor allem bei den behandelnden Fachpersonen der Psychiatrischen Diensten D. _____ und der Psychiatriespitem die vollständigen Behandlungsakten einzuholen. Anschliessend wird sie ein MEDAS-Gutachten bei einer bislang nicht betrauten Gutachterstelle in den Disziplinen Psychiatrie, Ophthalmologie, Neurologie und Neuropsychologie und allenfalls weiteren Fachdisziplinen einzuholen haben. Die Gutachter werden insbesondere auch zur Frage Stellung zu nehmen haben, ob und gegebenenfalls inwiefern die Verkehrsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt ist und welche Auswirkungen die allenfalls bestehende Einschränkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hat. Zudem werden sie sich ebenfalls darüber zu äussern haben, ob und gegebenenfalls welche Rolle eine Integration in den Arbeitsmarkt auch aus therapeutischer Sicht hätte.

3.6 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde gutzuheissen, die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den medizinischen Sachverhalt abklärt. Anschliessend hat sie über den Rentenanspruch neu zu verfügen. Eine Rückweisung an die Verwaltung ist im Übrigen ohne weiteres geboten und zulässig, wurde doch insbesondere in den Fachdisziplinen Neurologie und Neuropsychologie der Sachverhalt fachärztlich noch gar nicht gutachterlich abgeklärt (BGE 139 V 99 E. 1.1 S. 100, 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264; SVR 2016 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.1).

Mit prozessleitender Verfügung vom 2. Juni 2020 wurde die Beschwerdeführerin auf die Möglichkeit einer reformatio in peius hingewiesen (vgl. BGE 137 V 314), woraufhin sie ausdrücklich an der Beschwerde festhielt (Eingabe vom 15. Juli 2020 [im Gerichtsossier]).

4.

4.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG; BVR 2009 S. 186 E. 4). Ob sie wegen der Missachtung des Devolutiveffekts durch die Rückfragen an die Gutachter *lite pendente* auch im Falle des Obsiegens kostenpflichtig geworden wäre (vgl. SVR 2019 IV Nr. 93 S. 313 ff.), kann damit offenbleiben. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.

4.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Nach der Rechtsprechung gilt es unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteienschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 137 V 57 E. 2.1 S. 61). Dies gilt unabhängig davon, ob die Rückweisung beantragt oder ob das entsprechende Begehren im Haupt- oder im Eventualantrag gestellt wird (SVR 2017 KV Nr. 9 S. 43 E. 9.1).

Die Parteienschädigung ist entsprechend der angemessenen Kostennote von Rechtsanwalt B._____ vom 21. Juli 2020 auf gesamthaft Fr. 5'346.65 (Honorar von Fr. 4'887.50 zuzüglich Auslagen von Fr. 76.90 und Mehrwertsteuer von Fr. 382.25) festzusetzen. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 18. September 2019 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie – nach Vornahme der Abklärungen im Sinne der Erwägungen – neu verfüge.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Der von der Beschwerdeführerin geleistete Kostenvorschuss von Fr. 800.-- wird ihr nach Rechtskraft des Urteils zurückerstattet.
3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Parteikosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 5'346.65 (inkl. Auslagen und MWSt.), zu ersetzen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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