

200 20 227 IV
KOJ/TOZ/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. Juli 2020

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Schütz
Gerichtsschreiberin Tomic

A. _____
vertreten durch B. _____ AG
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 14. Februar 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 7. Juni 2016 unter Hinweis auf körperliche und psychische Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen der Invalidenversicherung [AB] 1). Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS C. _____ vom 14. Dezember 2017 samt Ergänzung vom 18. Januar 2018 (AB 59.1, 62) forderte die IV-Stelle Bern (IVB resp. Beschwerdegegnerin) am 8. Februar 2018 die Versicherte zur Schadenminderung in Form einer adäquaten psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Therapie auf (AB 65). Mit Vorbescheid vom 9. August 2018 (AB 94) stellte die IVB ein Nichteintreten auf das Leistungsbegehren in Aussicht, da die Versicherte ihrer Schadenminderungspflicht insbesondere hinsichtlich der ärztlich verordneten Medikamenteneinnahme nicht nachgekommen sei. Nach erhobenem Einwand vom 6. September 2018 (AB 96) und Durchführung einer (weiteren) Laboruntersuchung (AB 99, 101) wiederholte die IVB mit Schreiben vom 5. November 2018 (AB 103) die Aufforderung zur Wahrnehmung der zumutbaren Schadenminderungspflicht. Nachdem die Versicherte dieser Aufforderung nachgekommen war (AB 127), holte die IVB - auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 137 S. 3) - ein bidisziplinäres (psychiatrisch-neuropsychologisches) Gutachten der MEDAS D. _____ vom 20./25. November 2019 (AB 159) ein und stellte gestützt darauf mit (den Vorbescheid vom 9. August 2018 ersetzendem) Vorbescheid vom 19. Dezember 2019 (AB 161) der Versicherten die Verneinung eines Leistungsanspruchs in Aussicht mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 3. Februar 2020 (AB 164) fest und erliess am 14. Februar 2020 eine entsprechende Verfügung (AB 166).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch die B._____ AG, Consulting & Rechtsberatung, am 16. März 2020 Beschwerde. Sie beantragt die Ausrichtung der gesetzlichen Leistungen.

Am 1. April 2020 reichte die Beschwerdeführerin eine Eingabe betreffend die Zeichnungsberechtigung ihrer Rechtsvertreterin ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 18. Mai 2020 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Erwägungen:

1.

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

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 14. Februar 2020 (AB 166). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

2.2.1 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).

2.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin. Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte auf eine Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens klar überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) zurückzuführen wäre, fällt eine versicherte Gesundheitsschädigung ausser Betracht und ein Rentenanspruch ist ausgeschlossen, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer psychischen Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG erster Satz). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299) auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad (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 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).

3.

3.1 In medizinischer Hinsicht lassen sich den Akten im Wesentlichen die folgenden Angaben entnehmen:

3.1.1 Im Bericht vom 11. Januar 2016 (AB 42) hielt Dr. med. E._____, Facharzt für Neurologie, als Diagnose einen Status nach Autounfall vom 22. November 2015 mit Commotio cerebri bei prompter Entwicklung praktisch permanenter Kopfschmerzen, bei belastungsabhängigen HWS-Schmerzen, mit unscharfem Sehen und leichter Plexus brachialis Läsion rechts fest. Die Beschwerdeführerin habe eine kurzzeitige, retrograde Amnesie gehabt. Bei völlig normalem MRI des Schädels und der HWS sowie bei leichten allgemeinen Veränderungen im EEG und normaler Tibialis-SSEP bestünden keine Anhaltspunkte für eine strukturelle Läsion des Zentralnervensystems. Die leichte Plexus brachialis Läsion bedürfe aktuell keiner Therapie. Die Neurographie des Nervus medianus sei völlig normal ausgefallen (AB 42 S. 2).

3.1.2 Dem Bericht des Spitals F. _____ vom 24. Februar 2016 (AB 19 S. 11 bis 13) ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin habe sich am 24. Februar 2016 notfallmässig mit der Ambulanz in das Notfallzentrum einliefern lassen (AB 19 S. 11). Aufgrund der psychiatrischen Symptomatik sei eine Basisdiagnostik mittels Labor und EKG durchgeführt worden, welche einen Normalbefund ergeben habe (AB 19 S. 12). Die Beschwerdeführerin scheine zu simulieren, sie habe bei einem Wert auf der Glasgow Coma Scale (GCS) von 3 (zur Schwere der Bewusstseinsstörung: vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 674) den Arm nicht auf das Gesicht fallen lassen, sondern gezielt daneben (AB 19 S. 11). Nach der Überwachung auf der Notfallstation sei die Beschwerdeführerin beschwerdefrei gewesen. Aufgrund des Verdachts auf eine dissoziative Störung sei eine Vorstellung in der Psychiatrie erfolgt. Die Symptomatik sei am ehesten als Panikattacke bei bekannter Angst-/Panikstörung zu interpretieren. Bei fehlender Selbstgefährdung sei die Beschwerdeführerin in gutem Zustand nach Hause entlassen worden (AB 19 S. 12 f.). Wegen der Exazerbation der Erkrankung sei bereits ein Termin bei Dr. med. G. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, organisiert worden (AB 19 S. 12). Die Beschwerdeführerin wünsche keine weiteren unterstützenden Massnahmen (AB 19 S. 13).

3.1.3 Dr. med. G. _____ diagnostizierte im Bericht vom 15. August 2016 (AB 29) unter anderem chronisch rezidivierende ängstlich-depressive Störungen mit stark ausgeprägten Somatisierungstendenzen (ICD-10 F33.2), rezidivierende Panikattacken (ICD-10 F41.0), ein chronisches HWS-Schmerzsyndrom bei Status nach HWS-Distorsionstrauma, Comotio cerebri und neurologisch nachgewiesener Plexus brachialis Läsion rechts, rezidivierende Migräneattacken sowie praktisch tägliche Spannungskopfschmerzen und einen Status nach Hemithyreoidektomie bei Struma. Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2016 bei ihm in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung; bis anhin seien keine stationären Behandlungen erfolgt (AB 29 S. 1). Gegenwärtig sei der Beschwerdeführerin keine Erwerbstätigkeit zumutbar (AB 29 S. 2). Die bisherigen psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungen hätten zu keiner anhaltenden Zustandsverbesserung geführt. Mit einer

Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne in absehbarer Zeit nicht gerechnet werden (AB 29 S. 3).

Mit Bericht vom 2. Februar 2017 (AB 44.2 S. 3 f.) bestätigte Dr. med. G._____ seine Beurteilung vom 15. August 2016 (AB 29).

3.1.4 Im polydisziplinären (allgemeininternistisch-orthopädisch-neurologisch-psychiatrischen) Gutachten der MEDAS C._____ vom 14. Dezember 2017 (AB 59.1) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, Panikattacken mit Hyperventilation und ein cervikolumbales Schmerzsyndrom bei radiologisch geringen degenerativen Veränderungen genannt (AB 59.1 S. 53 Ziff. 8.1.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien unter anderem ein Mischkopfschmerz, ein phobischer Attacken-Schwankschwindel, ein Verdacht auf Hyperventilationsattacken, eine psychophysiologische Insomnie ohne Hinweise auf neurologische schlafbezogene Erkrankungen, ein Tinnitus links ohne Hinweis auf eine Hörminderung, ein Status nach HWS-Distorsion vom 22. November 2015, ein Fersensporn links und ein rezidivierendes Verschwommensehen ohne pathologische somatische Befunde (AB 59.1 S. 53 f. Ziff. 8.1.2). Aus allgemeininternistischer und neurologischer Sicht bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (AB 59.1 S. 44 Ziff. 6.5.1, AB 59.1 S. 51 Ziff. 7.5). In orthopädischer Hinsicht liege ein cervikolumbales Schmerzsyndrom bei radiologisch geringen degenerativen Veränderungen vor, welches eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedinge; körperliche schwere und schwerste Arbeiten sollten vermieden werden. Hingegen bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Psychiatrischerseits liege eine deutliche angstbetonte depressive Symptomatik mit Somatisierungstendenz vor. Die Beschwerdeführerin zeige einen verminderten Antrieb und eine etwas diffus beschriebene Angstsymptomatik. Weiter berichte sie über Durchschlafstörungen, dies trotz Einnahme von Imovane, und auch über Todeswünsche, jedoch ohne akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Sodann beschreibe sie auch Panikattacken mit Hyperventilationsattacken, deren sie sich bewusst sei, aber nicht in der Lage zu sein scheine, darauf zu reagieren. Als invaliditätsfremde Faktoren

seien ein niedriges Bildungsniveau, eine familiäre Situation mit schulpflichtigen Kindern sowie eine psychische Belastung aufgrund der gesundheitlichen Situation der Mutter und der ältesten Schwester zu nennen (AB 59.1 S. 56). Betreffend die Behandlung und Eingliederung falle auf, dass in verschiedenen medizinischen Berichten immer wieder eine durch eine medikamentöse Therapie erreichte Besserung erwähnt werde (AB 59.1 S. 39 Ziff. 5.4.3). Nach eigenen Angaben nehme die Beschwerdeführerin die vom behandelnden Psychiater verordneten Medikamente regelmässig ein. Nach der Mitteilung des Gutachters, dass eine Blutspiegelkontrolle durchgeführt werde, habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie die verordneten Medikamente Cymbalta und Orfiril seit einer Woche nicht mehr eingenommen habe; die entsprechenden Blutspiegel hätten dies bestätigt (AB 59.1 S. 33 Ziff. 5.2.1 und S. 39 Ziff. 5.4.3). Aufgrund der Vorgeschichte und der aktuellen Situation sei die Compliance bezüglich der medikamentösen Therapie nicht gegeben. Eingliederungsbemühungen, welche zumutbar seien, hätten bisher nicht stattgefunden. Was die Konsistenz angehe, so sei die Beschwerdeführerin in einer Krankenrolle. In der Untersuchung sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin bei gewissen Themen, mit welchen sie konfrontiert worden sei, aktiver und spürbarer geworden sei, d.h. auch weniger depressiv gewirkt habe und für sich habe eintreten können. Sie beschreibe vor allem im Beruf sowie Erwerb eine deutliche und im Haushalt sowie in der Freizeit eine gewisse Einschränkung. Es sei davon auszugehen, dass das Aktivitätenniveau zurzeit eingeschränkt sei. Aktuell sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit mit Nachtschicht zu 100 % und in einer adaptierten Tätigkeit (mit normalen Arbeitszeiten, wenig Druck und leichten Arbeiten) zu 50 % arbeitsunfähig. Es sei aber darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin aktuell medikamentös nicht adäquat behandelt sei (AB 59.1 S. 39 Ziff. 5.4.3). Aus polydisziplinärer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten sowie in jeder anderen Tätigkeit mit Nachtschicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Hingegen betrage die Arbeitsfähigkeit für jegliche körperlich leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeiten 50 % (AB 59.1 S. 57 f. Ziff. 9.1.1 und 9.2.1).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin (AB 60) führte der psychiatrische Gutachter der MEDAS C. _____ am 18. Januar 2018 aus, dass unter

einer geeigneten antidepressiven Medikation inklusive regelmässiger Blutspiegelkontrollen innerhalb von drei bis sechs Monaten eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könnte. Empfohlen werde eine Reevaluation der Arbeitsfähigkeit in ca. sechs Monaten (AB 62).

3.1.5 Der RAD-Arzt Dr. med. H._____, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (D), hielt am 23. Juli 2018 fest, nach dem Kumulativbefund des Labors (vom 28. Februar, 23. März, 24. April, 18. Mai, 25. Juni und 18. Juli 2018) werde das Medikament Valproat nicht lege artis eingenommen. Die Beschwerdeführerin sei diesbezüglich aufzufordern, das besagte Medikament in der angegebenen Dosis einzunehmen (AB 93).

Am 26. Oktober 2018 führte der RAD-Arzt aus, der Kumulativbefund des Labors zeige hinsichtlich der Medikamente Valproat und Cymbalta eine unregelmässige resp. eingeschränkte Einnahme (bezüglich Valproat: im April, Mai, Juni und Juli 2018; betreffend Cymbalta: im März und Mai 2018). Die Beschwerdeführerin sei daher anzuhalten, die Einnahme der besagten Medikamente regelmässiger zu gestalten. Die Laborkontrollen würden somit für weitere sechs Monate verlängert (AB 102).

Am 29. April 2019 hielt der RAD-Arzt fest, die medikamentöse Therapie mit Valproat und Cymbalta werde seit Oktober 2018 lege artis durchgeführt. Weitere Laborkontrollen seien daher nicht mehr indiziert (AB 127).

3.1.6 Im Bericht vom 15. Juni 2019 (AB 135) hielt Dr. med. G._____ einen stationären Gesundheitszustand fest. Es lägen unter anderem eine anhaltende depressive Grundstimmung mit multiplen Somatisierungstendenzen und ausgeprägten existentiellen Zukunftsängsten, allgemeine Kraftlosigkeits- und Schwächegefühle, Kribbelgefühle am gesamten Körper, rezidivierende Drehschwindelattacken, ein Tinnitus beidseits, persistierende ausgeprägte Krankheitsgefühle, eine Anstrengungsdyspnoe, rezidivierende Panikattacken mit Hyperventilation, eine stark verminderte allgemeine Belastbarkeit, eine Stress- und Frustintoleranz, rezidivierende Schlafstörungen, praktisch alltägliche Kopf-, Nacken und Halswirbelsäulenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm, rezidivierende Migräneattacken mit Übelkeit und Erbrechen, ein unscharfes Sehen sowie diffuse

Brust- und Bauchbeschwerden vor. Es fänden monatliche ambulante psychiatrische Sitzungen statt (AB 135 S. 1). Die ambulante Behandlung werde mit grosser Wahrscheinlichkeit langfristig notwendig sein, stationäre psychiatrische Behandlungsversuche seien dagegen kontraindiziert und nicht erfolgversprechend (AB 135 S. 1 f.). Vor allem die chronischen therapieresistenten depressiven Störungen und die multiplen Schmerzbeschwerden führten zu einer starken Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche seit August 2015 bestehe. Gegenwärtig sei die Beschwerdeführerin für jegliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (AB 135 S. 2).

3.1.7 Am 26. Juni 2019 führte der RAD-Arzt Dr. med. H. _____ aus, es habe sich trotz einer lege artis durchgeführten medikamentösen Therapie keine nachhaltige psychische Zustandsverbesserung eingestellt. Da eine Diskrepanz zwischen der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Psychiaters und derjenigen der MEDAS C. _____ bestehe, sei eine erneute psychiatrische Begutachtung der Beschwerdeführerin erforderlich (AB 138).

3.1.8

3.1.8.1 Im neuropsychologischen Teilgutachten der MEDAS D. _____ vom 20. November 2019 (AB 159 S. 109 bis 123) hielt die neuropsychologische Gutachterin fest, die Testergebnisse seien als nicht valide anzusehen (AB 159 S. 116). Da es sich um eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit handle, sei ein substanzieller externer Anreiz gegeben (AB 159 S. 120 Ziff. 7.3 lit. A). Die Beschwerdeführerin habe bei den Symptomvalidierungstests Resultate erzielt, die weit unter denen gelegen hätten, die bei motivierter Mitarbeit zu erreichen wären. Die Testergebnisse der Reaktionszeitmessung seien nicht mit den Modellen normaler oder pathologischer Hirnfunktion zu erklären. Es sei wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin bei diesem Test aggravierte Reaktionen gezeigt habe (AB 159 S. 120 f. Ziff. 7.3 lit. B). Die eklatanten mnestischen Funktionsverluste hätten nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprochen. Die extrem verlangsamten Reaktionszeiten hätten eine Variabilität gezeigt, die neurophysiologisch nicht erklärbar sei (AB 159 S. 121 Ziff. 7.3 lit. C). Die vom psychiatrischen Gutachter der MEDAS D. _____ gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.1.8.2 hiernach) könnten die

zuvor beschriebenen Auffälligkeiten nicht erklären. Die Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) lasse auf ein Aggravationsverhalten schliessen (AB 159 S. 121 Ziff. 7.3 lit. D). Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten (AB 159 S. 118 Ziff. 6.3). Aus neuropsychologischer Sicht könne wegen des aggravierenden Verhaltens der Beschwerdeführerin keine Beurteilung der Diagnosen und der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (AB 159 S. 117 f. Ziff. 6.1 f. und S. 122 Ziff. 8.1 f.).

3.1.8.2 Im psychiatrischen Gutachten der MEDAS D. _____ vom 25. November 2019 (AB 159 S. 2 bis 98) wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode überwiegend wahrscheinlich im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0/F33.1) mit ausgeprägter undifferenzierter Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) sowie chronischer nichtorganischer Insomnie (ICD-10 F51.0) und Panikattacken mit Hyperventilation (ICD-10 F41.0) genannt (AB 159 S. 70 Ziff. 6.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika sowie Behandlung mit Lorazepam, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F19.20; AB 159 S. 70 Ziff. 6.2).

Was die Persönlichkeit angehe, verfüge die Beschwerdeführerin aufgrund der sehr einfachen Persönlichkeitsstruktur kaum über Copingstrategien, um die von ihr geltend gemachten Beschwerden und erlebten funktionellen Einschränkungen zu überwinden (AB 159 S. 89 f.). Es bestehe ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn, da sich die gesamte Familie um die Belange der Beschwerdeführerin kümmere. Diese zeige keine Veränderungsmotivation. Es bestünden keine Schwierigkeiten im privaten und sozialen Umfeld der Beschwerdeführerin. Die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin als mögliche positive Ressource könne aufgrund der ausgeprägten Aggravation im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung nur klinisch eingeschätzt werden. Aufgrund der Exploration und

Untersuchung sei das Intelligenzniveau der Beschwerdeführerin im unteren Normbereich eingeschätzt worden. Gemäss der neuropsychologischen Untersuchung liege der IQ bei 55, was jedoch mit der Biografie der Beschwerdeführerin nicht vereinbar und auf eine ausgeprägte Aggravation zurückzuführen sei. Die soziale Kompetenz sei im privaten Umfeld nicht eingeschränkt. Es liege eine reduzierte Stresstoleranz vor. Die Beschwerdeführerin verfüge gegenwärtig über keine Visionen, keine Ziele und keine Ideen. Darüber hinaus habe sie keine Interessen und keine Hobbys. Zu betonen sei die geringe ökonomische Stabilität als negative Ressource (AB 159 S. 89).

Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien bisher nicht durchgeführt worden und aufgrund der ausgeprägten Aggravation und Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin auch nicht erfolgversprechend. Betreffend die depressive Symptomatik könnten zum jetzigen Zeitpunkt bis auf gegebenenfalls die Augmentation mit Lithium keine weiteren evidenzbasierten Therapiestrategien empfohlen werden. Trotz der durchgeführten adäquaten und leitliniengemässen Therapie habe keine vollständige Remission erreicht werden können und eine solche könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kurz- bis mittelfristig auch nicht erwartet werden. Es müsse davon ausgegangen werden, dass die soziomedizinische Prognose ungünstig sei (AB 159 S. 90 Ziff. 7.2).

Aufgrund der ausgeprägten Aggravation und Selbstlimitierung könne den von der Beschwerdeführerin gemachten Angaben zum Alltagsaktivitätsniveau und insbesondere den geltend gemachten funktionellen Einschränkungen nicht ohne weiteres gefolgt werden. Therapien würden zwar durchgeführt und es liege sicher ein Leidensdruck vor (AB 159 S. 91 Ziff. 7.3.1). Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe jedoch Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden sowie der Vagheit der Beschwerden und Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage. Weiter lägen Diskrepanzen zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests einschliesslich der speziellen Beschwerdevalidierungstests

vor. Die Präsentation einer erheblichen Behinderung („Ich kann überhaupt nicht arbeiten“) stehe nicht im Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund. Sie sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich un schlüssiges und inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Beschwerdevalidierungstests, Selbsteinschätzungsskalen; AB 159 S. 91 Ziff. 7.3.2).

Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit mit Nachtdienst seit Erkrankungsbeginn eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (AB 159 S. 94 f. Ziff. 8.1). Hingegen sei die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit (ohne Schichtsystem, insbesondere ohne Nachtdienst, mit Rückzugsmöglichkeit, mit einem reduzierten Kundenkontakt, ohne hohes Mass an Dauerkonzentration, Daueraufmerksamkeit und Kreativität, mit klar strukturierten Aufgaben) zu 50 % arbeitsfähig (AB 159 S. 95 Ziff. 8.2). Die vom behandelnden Psychiater attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten sei dagegen nicht nachvollziehbar, da es sich hierbei um eine absolute motorische, intellektuelle und/oder emotionale „Unfähigkeit“ handeln müsste, was aus versicherungspsychiatrischer Sicht indessen im Falle der Beschwerdeführerin nicht plausibel sei (AB 159 S. 92).

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 Situa-

tion 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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der hier angefochtenen Verfügung vom 14. Februar 2020 (AB 166) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS C. _____ vom 14. Dezember 2017 mit Ergänzung vom 18. Januar 2018 (AB 59.1 und 62) sowie auf das bidisziplinäre Gutachten der MEDAS D. _____ vom 20./25. November 2019 (AB 159) gestützt. Diese Gutachten erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb ihnen volle Beweis kraft zukommt. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar und einlässlich begründet, so dass darauf abzustellen ist.

3.3.1 Was den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin angeht, so haben die Gutachter der MEDAS C. _____ schlüssig und einleuchtend dargelegt, dass aus orthopädischer Sicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein cervikolumbales Schmerzsyndrom bei radiologisch geringen degenerativen Veränderungen vorliegt (AB 59.1 S. 56) und infolge dessen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für körperlich Schwer- und Schwerstarbeiten bzw. eine vollständige Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, worunter auch die bisherige Tätigkeit fällt (AB 59.1 S. 58 Ziff. 9.2.1), besteht (AB 59.1 S. 56). Aus allgemeininternistischer und neurologischer Sicht konnten die Experten mit nachvollziehbarer und überzeugender Begründung keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit feststellen (AB 59.1 S. 44 Ziff. 6.5 f., AB 59.1 S. 51 f. Ziff. 7.5 f.). Diese Beurteilung lässt sich ohne Weiteres in das vom Neuro-

logen Dr. med. E. _____ im Bericht vom 11. Januar 2016 (AB 42 S. 2) gezeichnete Gesamtbild einfügen. Demnach ist in somatischer Hinsicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit auszugehen. Dies wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten.

3.3.2

3.3.2.1 In psychiatrischer Hinsicht haben die psychiatrischen Gutachter der MEDAS C. _____ und der MEDAS D. _____ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine anhaltende mittelgradige depressive Episode überwiegend wahrscheinlich im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0/F33.1) mit ausgeprägter undifferenzierter Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) sowie chronischer nichtorganischer Insomnie (ICD-10 F51.0) und Panikattacken mit Hyperventilation (ICD-10 F41.0) diagnostiziert (AB 59.1 S. 53 Ziff. 8.1.1, AB 159 S. 70 Ziff. 6.1) und infolge dessen auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit Nachtschicht resp. auf eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit (ohne Nachtdienst) geschlossen (AB 59.1 S. 39 Ziff. 5.4.3, AB 159 S. 94 f. Ziff. 8.1 f.).

Der psychiatrische Gutachter des D. _____ hat sodann im Gutachten vom 25. November 2019 (AB 159 S. 2 bis 108) einlässlich und überzeugend dargelegt, dass ein aggravatorisches Verhalten und erhebliche Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin vorliegen (AB 159 S. 91 Ziff. 7.3.1 f.). Er wies auf erhebliche, nicht plausibel erklärbare Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden sowie Diskrepanzen zwischen eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage hin. Zudem lägen Diskrepanzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Funktionseinbussen, den während der Exploration erhobenen Befunden sowie dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau vor (AB 159 S. 89, AB 159 S. 91 Ziff. 7.3.2). Zu erwähnen sind an dieser Stelle

auch die erheblichen Inkonsistenzen zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Compliance der Beschwerdeführerin bezüglich der Medikamenteneinnahme bzw. der Intensität der beanspruchten therapeutischen Hilfe. Es nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdeführerin bei subjektiv anhaltend hohem Leidensdruck die psychiatrische Behandlung bei Dr. med. G._____ lediglich monatlich in Anspruch nimmt (AB 135 S. 1), die vom Psychiater verschriebene Medikation nicht oder unregelmässig einnimmt (AB 59.1 S. 33 Ziff. 5.2.1 und S. 39 Ziff. 5.4.3, AB 93 und 102) und sich angesichts des ausbleibenden Behandlungserfolgs nicht um Alternativen wie eine stationäre Behandlung bemühte.

Ein Aggravationsverhalten brachten sodann insbesondere die Befunde der neuropsychologischen Begutachtung zutage. Die zuständige Neuropsychologin der MEDAS D._____ schloss gestützt auf ihre zweistündige Abklärung mit unter anderem zwei Symptomvalidierungstests (vgl. AB 159 S. 109 Ziff. 1.1., AB 159 S. 120 Ziff. 7.3 lit. B.), dass aufgrund der gezeigten Inkonsistenzen und der fehlenden Validität der von der Beschwerdeführerin gezeigten Leistungen auf eine Aggravation zu schliessen sei. Dies begründete sie in ausführlicher und schlüssiger Weise mit dem inadäquaten bzw. inkonsistenten Verhalten der Beschwerdeführerin, das sich weder neuropsychologisch noch durch die gutachtlich erhobenen psychiatrischen Diagnosen erklären lasse (AB 159 S. 116, 121 Ziff. 7.3 lit. D.). Aufgrund der nicht validen und aggravierten neuropsychologischen Testbefunde liess sich das Ausmass der Arbeitsfähigkeit nicht feststellen (AB 159 S. 122 Ziff. 8.1 f.).

Deutliche Hinweise auf ein aggravatorisches Verhalten zeigten sich nicht nur im Zuge der jüngsten Begutachtung durch die Experten der MEDAS D._____, sondern gerade auch in den früheren medizinischen Berichten. So waren bei der Untersuchung im Spital F._____ vom 24. Februar 2016 Zeichen einer Simulation zu beobachten (AB 19 S. 11), desgleichen bei der psychiatrischen Exploration der MEDAS C._____ vom 8. November 2017 (AB 59.1 S. 3), anlässlich welcher die Beschwerdeführerin zunächst falsche Angaben in Bezug auf die Regelmässigkeit der Medikamenteneinnahme machte und diese nach

Ankündigung einer Blutspiegelkontrolle sogleich änderte (AB 59.1 S. 33 Ziff. 5.2.1 und S. 39 Ziff. 5.4.3). Zudem zeigte sich die Beschwerdeführerin bei gewissen Themen, mit welchen sie konfrontiert wurde, weniger depressiv und konnte für sich einstehen (AB 59.1 S. 39 Ziff. 5.4.3).

Mithin ist von einer Aggravation auszugehen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens sind klar überschritten, ohne dass die Aggravation auf eine verselbstständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre. Damit liegt aus psychiatrischer Sicht keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (vgl. E. 2.2.2 hiervor). Bei dieser Ausgangslage erübrigt sich eine indikatorengeleitete Überprüfung des psychischen Leidens (vgl. E. 2.2.1 hiervor) bzw. kann auf die von den psychiatrischen Gutachtern der MEDAS C._____ und der MEDAS D._____ attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (AB 59.1 S. 39 Ziff. 5.4.3, AB 159 S. 95 Ziff. 8.2) nicht abgestellt werden.

3.3.2.2 Soweit die Beschwerdeführerin die Schlüssigkeit des psychiatrischen Gutachtens der MEDAS D._____ vom 25. November 2019 (AB 159 S. 2 bis 108) mit dem Argument anzweifelt, es sei nicht nach den Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie erstellt worden (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 7), so ist darauf hinzuweisen, dass weder Gesetz noch Rechtsprechung den Psychiatern eine Begutachtung nach den entsprechenden Richtlinien vorschreiben. Diese stellen lediglich eine Orientierungshilfe für die begutachtenden Fachpersonen dar (Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 24. Januar 2017, 9C_715/2016, E. 3.2 und vom 30. Mai 2018, 8C_55/2018, E. 6.4.1). Mithin verliert ein Gutachten nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die erwähnten Qualitätsrichtlinien anlehnt (Entscheide des BGer vom 27. September 2017, 8C_820/2016, E. 5.2 und vom 9. November 2017, 8C_466/2017, E. 5.1). Der Nichtbefolgung der Begutachtungsleitlinien ist aber bei der Beurteilung des Beweiswertes Rechnung zu tragen, wobei massgebend bleibt, ob ein Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 3.3), was vorliegend - wie oben dargelegt - der Fall ist. Gleiches gilt auch in Bezug auf die gerügte

Dauer der neuropsychologischen Untersuchung (vgl. Beschwerde, S. 3 Ziff. 9). Für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens kommt es grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Entscheid des BGer vom 12. November 2014, 8C_662/2014, E. 8), was beim neuropsychologischen Teilgutachten der MEDAS D. _____ vom 20. November 2019 (AB 159 S. 109 bis 123) - wie vorstehend ausgeführt - zutrifft.

Nichts zu ihren Gunsten vermag die Beschwerdeführerin auch aus dem Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. G. _____ vom 15. Juni 2019 (AB 135) abzuleiten, in welchem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten attestiert wurde (AB 135 S. 2). Der Bericht enthält keine substantiierte Begründung für die postulierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

3.4 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass aus psychiatrischer Sicht keine versicherte Gesundheitsschädigung vorliegt. Damit bleibt es bei den somatisch bzw. orthopädisch bedingten Einschränkungen. Diesbezüglich besteht für die Beschwerdeführerin - wie in E. 3.3.1 dargelegt - auch mit Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit keine wesentliche Einschränkung; der insoweit eine Unzumutbarkeit begründende Faktor (Arbeit in Nachtschicht; AB 59.1 S. 56 f. Ziff. 8.2.3) ist nicht orthopädischer Natur. Damit ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden zu Recht verneint worden.

4.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 14. Februar 2020 (AB 166) nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

5.

5.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

5.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ AG 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.