

200 20 283 IV
SCP/COC/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 26. Januar 2021

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Collatz

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 20. März 2020



Sachverhalt:

A.

Die 1974 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) erlitt am 16. Juni 1999 einen Verkehrsunfall (Akten der Invalidenversicherung [IV]; Antwortbeilage [AB] 6.231). Die C._____ bei welcher die Versicherte gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert war, richtete bezüglich dieses Ereignisses die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus. Nach diversen medizinischen Abklärungen wurde der Versicherten aufgrund einer mässigen Periarthrosis humeroscapularis (links) und einer mässigen Knieinstabilität (links) eine Integritätsentschädigung von 15% ausgerichtet (AB 6.192; vgl. auch AB 6.40). Der Fall wurde in der Folge offenbar formlos abgeschlossen. Nachdem am 9. April 2015 ein Rückfall gemeldet worden war (AB 6.145), richtete die C._____ wiederum die gesetzlichen Versicherungsleistungen aus (vgl. u.a. AB 6.6, 62.32). Dabei wurde die zuvor zugesprochene Integritätsentschädigung aufgrund zunehmender Einschränkung der oberen Extremität links um 5% auf 20% erhöht (AB 6.40). Am 2. November 2018 (AB 6.6) stellte die C._____ der Versicherten die Prüfung der Rentenleistungen zu einem späteren Zeitpunkt in Aussicht, da bezüglich der psychischen Beschwerden von einer weiteren Behandlung noch eine namhafte Besserung erwartet werden könne. Das Verfahren betreffend die Rentenfrage war zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung im vorliegenden Verfahren noch hängig.

B.

Im November 2018 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf seit dem besagten Unfall bestehende Beschwerden (Fraktur am linken Arm mit zwei Operationen, Schulterschmerzen, Nervus radialis Parese, starke Nervenschmerzen, Schlafprobleme, "Fehlhaltung aufgrund Schmerzen - Muskelverspannung", PTBS [posttraumatische Belastungsstörung], "Schreiben etc. nicht mehr möglich", Kraftlosigkeit im Handgelenk, Daumen und Zeigefinger) bei der IV zum Leistungsbezug an (AB 2). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) medizinische und erwerbli-

che Erhebungen durch, wobei sie mit Mitteilung vom 24. April 2019 (AB 55) das Leistungsbegehren für berufliche Massnahmen abwies. Im weiteren Verlauf veranlasste die IVB auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 30) eine polydisziplinäre (internistische, handchirurgische, neurologische, orthopädische, psychiatrische) Begutachtung durch die Fachärzte der MEDAS D._____ (MEDAS; Expertise vom 11. Oktober 2019; AB 73.1). Nach Einholung eines Abklärungsberichts für Selbständigerwerbende (AB 78) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 20. Dezember 2019 (AB 80) bei einem ermittelten Invaliditätsgrad von 20% die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (AB 81 und 83). Am 20. März 2020 verfügte die IVB wie im Vorbescheid angekündigt und wies das Rentenbegehren ab (AB 86).

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, am 15. April 2020 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache von IV-Leistungen, namentlich mindestens einer Dreiviertelsrente, ab dem 1. Mai 2019.

Mit Beschwerdeantwort vom 15. 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 20. März 2020 (AB 86). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

Soweit die Beschwerdeführerin andere "Leistungen nach IVG" beantragt (Beschwerde S. 2), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Denn diese sind nicht Teil des Anfechtungsobjekts und daher in diesem Verfahren nicht Streitgegenstand.

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 Er-

werbsmöglichkeiten 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 Invaliditätsgrades 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 Ab-

lauf 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.

3.1 Bezüglich des Gesundheitszustandes und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin finden sich in den Akten insbesondere folgende Angaben:

3.1.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, versicherungspsychiatrischer Dienst der C. _____, diagnostizierte im Bericht vom 17. Januar 2007 (AB 6.184) akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) und eine Angst und depressive Reaktionen gemischt (ICD-

10 F41.2), leicht bis mittelgradiger Ausprägung. Auch wenn die Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis psychisch unauffällig geblieben sei resp. nie eine psychiatrische Pathologie aufgewiesen haben dürfte und sich nicht in Behandlung befunden habe, dürfte ihre frühe Zeit (Problematik mit dem ... Bruder, Depression der Mutter) Auswirkungen gehabt haben auf die heutigen Persönlichkeit-Charakteristika wie mangelndes Vertrauen bzw. Misstrauen gegenüber anderen Menschen. Auch ihre Leistungsorientierung bzw. das Gefühl, stark sein zu müssen und alles selbst durchzutragen, dürften nach väterlichem Vorbild in dieser Zeit den Anfang genommen haben. Diese Persönlichkeitszüge seien nicht von pathologischem Charakter, sondern nosologisch vielmehr im Sinne von akzentuierten Persönlichkeitszügen zu verstehen. Die Beschwerdeführerin schildere für Anfang bis Mitte 2006 Beschwerden wie Energieverlust, „Sturmwerden“, Schlafprobleme, Herzklopfen, Ängste im Sinne eines phobischen Vermeidungsverhaltens von Tätigkeiten wie ... und Zudem bestünden leichte Konzentrationsstörungen und ein leicht depressiver Zustand (S. 6). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit kam Dr. med. E._____ zum Schluss, dass diese aufgrund der leichten bis höchstens mittelgradigen Ausprägung der Störung nicht beeinträchtigt sein dürfte (S. 7).

3.1.2 Dr. med. F._____, Facharzt für Neurologie, diagnostizierte im Bericht vom 10. März 2015 (AB 6.130) eine vorübergehende Sensibilitätsstörung der linken Hand unklarer Ätiologie, mittlerweile beschwerdefrei, sowie einen Status nach Polytrauma mit Humerusschaftfraktur und Läsion des Nervus axillaris sowie bilateralem Hämatothorax. Klinisch finde sich eine Sensibilitätsstörung. Diese sei bereits seit dem Unfall resp. den Operationen vorhanden und betreffe wahrscheinlich Hautäste des Nervus radialis und des Nervus musculo cutaneus. Diese Sensibilitätsstörung habe sich im letzten Jahr nicht verändert. Die Neurographie des Nervus medianus links sei ganz normal, sodass hier keine Hinweise auf eine relevante Schädigung bestünden. Rückblickend könnte es sich bei der Sensibilitätsstörung, welche bis in die Fingerkuppen der medianus innervierten Finger gehe, um ein Karpaltunnelsyndrom gehandelt haben (S. 2).

3.1.3 Prof. Dr. med. G._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht

vom 12. September 2016 (AB 6.108) nicht klar erklärbare Dysästhesien resp. Gefühlsverlust in den Fingerspitzen II bis IV links (S. 1). Die Situation am Humerus sei sehr gut kontrolliert. Die Pseudarthrose sei problemlos konsolidiert. Hinweise auf eine Pathologie, welche durch die Platte verursacht würden, fehlten. Als einziger objektiver Befund bestehe eine leichte Abschwächung des Bicepssehnenreflexes, welche zu der von der Beschwerdeführerin angegebenen gelegentlichen Gefühlsstörung im anterioren Unterarmbereich gut passe (S. 2).

3.1.4 Im Bericht des Spitals H._____, Klinik I._____ vom 28. November 2016 (AB 6.99) wurde festgehalten, seit einer Humerusfraktur links mit zweifacher Operation bestünden Schmerzen im linken Ellbogen, im linken Oberarm und in der linken Schulter (S. 1). Die durchgeführten Neurographien und Nadelmyographien seien normal. Elektrophysiologisch fänden sich somit keine Hinweise für eine strukturelle Nervenläsion als Ursache der Beschwerden. Aufgrund der Anamnese sei eine mechanische Schmerzkomponente im Rahmen der Humerusfraktur vor 17 Jahren möglich (S. 4).

3.1.5 Im Bericht des Spitals H._____, Klinik J._____, vom 26. Mai 2017 (AB 62.29 S. 17 f.) wurden ein Status nach Osteosynthese einer Humerusschaftfraktur und Pseudarthrosen-Revision mit dorsaler Plattenosteosynthese, ein Status nach elektromyographischer Nervenmessung linker Arm und ein Status nach Bankart-Repair Schulter links diagnostiziert (S. 17). Bei fehlenden neurologischen Ausfällen sei schwer zu entscheiden, ob die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden von der engen Lage des Nervs an der Osteosynthesenplatte oder von der narbigen Struktur im Bereich des linken Oberarmes bei Status nach Fraktur und mehrfachen Operationen herrührten (S. 18).

3.1.6 Im Bericht des Spitals H._____, Klinik K._____, vom 26. Juni 2017 (AB 62.29 S. 15 f.) wurde insbesondere ein Verdacht auf eine Reizung des Nervus radialis bei radiologisch aufgetriebenem Nerv über dem distalen Drittel der Humerusplatte ohne neurologische Ausfälle diagnostiziert. Die Situation sei bei ausgeprägten Restbeschwerden sehr schwierig. Die Beschwerdeführerin sei vorwiegend im Winter nicht beschwerdefrei. Neurologische Ausfälle bestünden jedoch nicht (S. 15).

3.1.7 Die Kreisärztin der C._____ Dr. med. L._____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht zur Abschlussuntersuchung vom 3. Juli 2018 (AB 6.41) einen Status nach Frontalkollision mit/bei aktuell chronischen Schmerzen linke obere Extremität. Bei Status nach dislozierter und rotierter Humerusschaft-Schrägfraktur links nach Frontalkollision bestünden insbesondere seit den letzten drei Jahren ausgeprägte chronische neuralgiforme Schmerzen im Bereich der linken oberen Extremität. Zusätzlich berichte die Beschwerdeführerin auch über ein Taubheitsgefühl im Bereich des Vorderarms im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus antebrachii links lateralis. In den letzten Jahren seien umfassende elektrophysiologische neurologische Untersuchungen durchgeführt worden, welche unauffällig ausgefallen seien. Von einer Metallentfernung sei der Beschwerdeführerin bei technisch grossem Aufwand, hoher Komplikationsrate und keiner Zusicherung einer Verbesserung der Symptomatik bereits mehrfach abgeraten worden (S. 6). Schliesslich legte die Kreisärztin folgendes Zumutbarkeitsprofil fest: Ganztägiger Einsatz, keine Schlagbelastung, keine Vibrationen, keine Gewichtsbelastungen (grösser 5 kg) für den linken Arm, kein kräftiges Zupacken, keine besondere Geschicklichkeit, keine repetitiven monotonen Tätigkeiten, keine endständigen Zwangshaltungen (S. 7).

3.1.8 Im Bericht des Spitals H._____, Klinik I._____ vom 23. Mai 2018 (AB 62.29 S. 11 ff.) wurde festgehalten, anamnestisch bestehe in den vergangenen drei Jahren eine weitere Progredienz der vorbekannten Schmerzen, insbesondere im Bereich des linken Oberarms sowie der linken Schulter. Klinisch imponiere ein Taubheitsgefühl im Versorgungsgebiet des Nervus cutaneus antebrachii lateralis links. Die Kraftprüfung sei schmerzbedingt zum Teil nur eingeschränkt durchführbar gewesen, manifeste Paresen hätten sich jedoch nicht gefunden (S. 13). Die umfassenden elektrophysiologischen Untersuchungen seien allesamt unauffällig ausgefallen. Ein Zusammenhang der Schmerzen mit der vor 19 Jahren stattgehabten Humerusfraktur erscheine trotz fehlender elektrophysiologischer fassbarer, manifester Nervenschädigung insbesondere aufgrund der deutlichen zeitlichen Assoziation gut vorstellbar. Die Schmerzen könnten auf eine Nervenirritation des Nervus radialis zurückgeführt werden, wohingehend sich sonographisch bereits im Jahr 2017 bei Auftreibung des Nervs

über dem distalen Drittel der Humerusplatte sowie einer verminderten Beweglichkeit im Rahmen der Nervenbildung deutliche Anhaltspunkte ergeben hätten. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit liege aufgrund der Schmerzen klar eine Einschränkung vor. Zur genauen Einschätzung wäre die Durchführung eines Gutachtens notwendig (S. 14).

3.1.9 Dr. med. M._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 25. Januar 2019 (AB 62.18 S. 6 f.) sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen (ICD-10 F43.8) im Sinne von vorwiegend Störung von Gefühlen wie Angst, Sorgen, Anspannung sowie Schlafstörungen und verminderte Energie bei chronischer Schmerzproblematik nach Unfall mit Polytrauma (S. 6). Die Beschwerdeführerin verfüge bereits über viel Wissen bezüglich ihrer Schmerzen und wende dieses auch an. Bei stabilem Verlauf und Motivation der Beschwerdeführerin, ihre Übungen durchzuführen, seien vorerst keine weiteren psychiatrischen Konsultationen notwendig. Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden (S. 7).

3.1.10 Dr. med. N._____, praktische Ärztin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 13. Februar 2019 (AB 25) einen Verdacht auf eine PTBS (ICD-10 F43.1), differentialdiagnostisch eine andere Reaktion auf schwere Belastung (ICD-10 F43.8). Aktuell leide die Beschwerdeführerin an Flashbacks, Albträumen und nächtlichen Panikattacken. Zudem bestünden ein Verdacht auf einen stattgehabten dissoziativen Zustand, ein Status nach akustischen Halluzinationen, Schlafstörungen und starke Schmerzen. Der Zustand sei eingeschränkt und es lägen kognitive Einbussen (Aussetzen, eingeschränkte Belastbarkeit und Ausdauer, Gefühl der starken Erschöpfung) vor. Die Beschwerdeführerin habe bereits als Kind, wie auch ihre Mutter, unter Depressionen gelitten. Die Symptome bestünden schon seit 20 Jahren, weshalb eine Persönlichkeitsveränderung nicht auszuschliessen sei (S. 1). Aktuell arbeite die Beschwerdeführerin 20%. Besonders in den Wintermonaten sei sie verstärkt eingeschränkt (S. 2).

3.1.11 Im polydisziplinären MEDAS-Gutachten vom 11. Oktober 2019 (AB 73.1) wurden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine nicht näher bezeichnete Reaktion auf schwere Belastungen (ICD-10 F43.9), eine mit-

telgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), eine Mononeuropathie des Nervus radialis links (ICD-10 G56.3), ein Status nach Autounfall mit Polytrauma im Jahre 1999 sowie chronische Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Ellbogens bei Status nach Autounfall mit Polytrauma diagnostiziert. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden Schwellungsgefühle im Bereich des linken Kniegelenks aufgeführt (S. 8 Ziff. 4.2).

Aus internistischer Sicht wurde festgehalten, als vordergründige Beschwerden beschreibe die Beschwerdeführerin eine "total Erschöpfung" bei seit dem Unfall bestehenden Schmerzen. Zudem bestünden bei Status nach Pneumothorax beidseits 1999 "Verklebungen" der Lunge. Die Beschwerdeführerin reagiere, wenn ihr etwas zu viel werde, mit Kurzatmigkeit. Aufgrund der Schilderung mit Verstärkung der Symptomatik durch emotionale Belastungsfaktoren sei dies im Rahmen der psychiatrischen Diagnosen zu erklären. In der aktuellen Laboruntersuchung hätten sich keine relevanten Auffälligkeiten gezeigt (AB 73.2 S. 7 Ziff. 5).

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, aktuell leide die Beschwerdeführerin unter recht stark ausgeprägten Intrusionssymptomen (Flashbacks und Albträume), welche einen unfallspezifischen Inhalt hätten, was aufgrund der Unfallschilderung gut nachvollziehbar sei. Die Koppelung an die Schmerzintensität sei ebenfalls gut nachvollziehbar, die Wechselwirkung zwischen posttraumatischem Erleben und körperlichen Schmerzen sei gut bekannt. Die Beschwerdeführerin scheine allerdings im Allgemeinen immer von einem körperlichen Ursprung auszugehen, während gut denkbar sei, dass ein Teil der Schmerzpersistenz durch die PTBS, welche während den ersten Jahren sicher vollständig vorhanden gewesen sei, verursacht worden sei. Die vegetative Dysbalance zeige sich aktuell weniger im Sinne einer dauerhaft erhöhten Schreckhaftigkeit, sondern eher durch die offenbar in einer gewissen Regelmässigkeit auftretenden kurzen Synkopen. Aktuell bestehe zwar nicht das Vollbild einer PTBS, aber doch ein Restzustand mit relevanten Auswirkungen im Bereich der erhöhten Ermüdbarkeit, der mangelnden Belastbarkeit, der eingeschränkten Konzentrationsfähigkeit sowie den Gedächtnis- und Schlafproblemen. Die mittelgradige depressive Episode sei eine Nebendiagnose, da ein Teil der Symptomatik

auch durch die erste Diagnose erklärt werden könnte. Die Beschwerdeführerin neige immer dazu, die körperlichen Folgen des Unfalls in den Vordergrund zu stellen und sei überzeugt davon, dass die Schmerzen eine direkte Folge der Verletzungen seien und ihrerseits einen Teil der psychischen Symptomatik erklärten. Es entstehe eher der Eindruck, dass es von vornherein eine Verstärkung z.B. der Schmerzen durch emotionale Belastungsfaktoren gegeben habe resp. gebe (AB 73.3 S. 14). Weiter wurde in der bisherigen Tätigkeit, welche eine ideale Tätigkeit sei, eine Arbeitsfähigkeit von 40% attestiert (S. 16 Ziff. 8.1 f.).

Aus neurologischer Sicht wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin gebe an Hauptbeschwerden chronische Schmerzen im Bereich des linken Armes an. Zusätzlich beklage sie eine Fortleitung der Schmerzen sowie muskuläre Verspannungen und Verkrampfungen linksbetont im Bereich der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur. Gestützt auf die eigenanamnestischen Angaben bezüglich der vorliegenden Schmerzsymptomatik lasse sich ein sogenannter "Mixed Pain" entsprechend einem Mischbild aus neuropathisch-neuralgiformer sowie nozizeptiver Schmerzcharakteristik evaluieren, der gesamthaft zu einem chronischen Schmerzsyndrom im Bereich der linken oberen Extremität führe (AB 73.4 S. 11 Ziff. 7.1). Die chronischen Schmerzen führten in ihrer Gesamtheit zu einer schmerzbedingten Reduktion der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfunktionen (S. 14 Ziff. 7.2). Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund der neuropathischen und neuralgiformen Schmerzen eine schmerzbedingte Leistungsreduktion im Umfang von 20%. Diese wirke sich sowohl auf die angestammte Tätigkeit als auch auf jegliche leidensadaptierte Tätigkeit aus. Ihre bisherige Tätigkeit sei in diesem Kontext als bereits leidensadaptiert anzusehen (S. 16 Ziff. 8.1).

Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, soweit die Beschwerdeführerin angebe, dass sie mit dem linken Arm kaum etwas machen könne, da die Schulter völlig steif sei und der Arm ständig Schmerzen bereite, lasse sich dies nicht objektivieren. Das Schultergelenk sei aktiv und passiv frei beweglich und die Umfangmasse seien seitengleich. Auch wenn am Oberarm bei liegender Platte eine geringgradige Verminderung der Muskelmasse beobachtet werden könne, so bestehe doch weder im Schulterbereich noch am Vorderarm eine messbarer Atrophie. Es sei ganz offensichtlich, dass

die Beschwerdeführerin ihren linken Arm im Alltag einsetze und auch Kraft ausübe. Schmerzhaftigkeit bestehe im Bereich des distalen Plattenendes am Oberarm lateral, im Bereich der langen Bicepssehne und am Coracoid. Hier bestehe eine Irritation des Nervus radialis mit Taubheitsgefühl im linken Vorderarm. Am linken Kniegelenk bestehe eine leichte Instabilität in Form einer geringgradigen vorderen Schublade. Es habe keine Schwellung und kein Erguss palpiert werden können, die Umfangmasse am Kniegelenk seien seitengleich. Auch hier hätten das subjektive Schwellungs- und Instabilitätsgefühl nicht objektiviert werden können (AB 73.5 S. 12 Ziff. 7.2). Aus orthopädischer Sicht bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit Die Einschränkung sei emotional bedingt resp. durch die Schlafstörungen, welche aber ebenfalls keine orthopädische Ursache hätten. Berücksichtigt man, dass die Beschwerdeführerin schmerzbedingt einen erhöhten Pausenbedarf habe, so ergebe sich hieraus für ihre angestammte Tätigkeit als ... eine 80%-ige Arbeitsfähigkeit (S. 14 Ziff. 8.1).

Aus handchirurgischer Sicht bestehe eine deutliche Druckdolenz im Austrittsbereich des sensiblen Astes des Nervus radialis im Sulcus nervi radialis mit ausstrahlenden Schmerzen. Diesbezüglich sei bei Status nach Plattenosteosynthese in diesem Bereich eine Reizung des kutanen Astes Nervus cutaneus antebrachii posterior, gegebenenfalls auch durch die Operation induzierte Vernarbungen eine Reizung dieses Nervenastes, gegeben. Diesbezüglich könne die Hypästhesie und Schmerzen am Austrittspunkt gut erklärt werden. Aus handchirurgischer Sicht sei eine massive berufliche Einschränkung der linken Hand zum jetzigen Zeitpunkt nicht nachvollziehbar. Eine gewisse verminderte Arbeitstätigkeit sei jedoch bei Hypästhesien und Reizsyndromen eines sensiblen Astes des Nervus radialis gegeben. Eine minimale Einschränkung im Ausüben stark belastender handwerklicher beruflicher Tätigkeiten wäre sicherlich gegeben. Als ... und ... sollte die Tätigkeit aus Sicht der Handchirurgie gegeben sein (AB 73.6 S. 7 Ziff. 7.2).

Aus polydisziplinärer Sicht kamen die Gutachter zum Schluss, für die angestammte Tätigkeit bestehe aktuell eine 40%-ige Arbeitsfähigkeit, wobei die Einschränkung vor allem aufgrund der psychiatrischen Beurteilung erfolge (AB 73.1 S. 10 Ziff. 4.7).

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).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 11. Oktober 2019 (AB 73.1) – samt den fünf Teilgutachten (vgl. AB 73.2 bis 73.6) – gestützt.

Dieses Gutachten erfüllt – wie nachfolgend dargelegt wird – die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) jedoch nicht, weshalb dieses für eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin nicht ausreicht:

3.4 Aus somatischer (internistischer, neurologischer, orthopädischer, handchirurgischer) Sicht diagnostizierten die MEDAS-Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Mononeuropathie des Nervus radialis links, einen Status nach Autounfall mit Polytrauma sowie chronische

Schmerzen im Bereich der linken Schulter und des linken Ellbogens bei Status nach Autounfall mit Polytrauma (AB 73.1 S. 8 Ziff. 4.2). Sie attestierten namentlich aufgrund der bestehenden Schmerzsymptomatik im Bereich der linken oberen Extremität eine 20%-ige Arbeitsunfähigkeit (AB 73.4 S. 16 Ziff. 8.1, 73.5 S. 14 Ziff. 8.1, 73.6 S. 8 Ziff. 8.1), wobei weder aus internistischer, noch aus orthopädischer oder aus handchirurgischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt worden ist (AB 73.2 S. 7 Ziff. 5, 73.5 S. 14 Ziff. 8.1, 73.6 S. 8 Ziff. 8.1).

Dieser Einschätzung kann jedoch nicht ohne weiteres gefolgt werden. Denn insbesondere die neurologische Einschätzung erweist sich als inkonsistent. So kam die neurologische Gutachterin zum Schluss, dass ein sogenannter "Mixed Pain" entsprechend einem Mischbild aus neuropathisch-neuralgiformer sowie nozizeptiver Schmerzcharakteristik vorliege, der gesamthaft zu einem chronischen Schmerzsyndrom im Bereich der linken oberen Extremität führe (AB 73.4 S. 11 Ziff. 7.1). Die Beurteilung der nozizeptiven Schmerzen hat die Neurologin dabei klar dem orthopädischen Gutachter übertragen (AB 73.4 S. 11 Ziff. 6.1, S. 13 unten, S. 14), welcher jedoch keine entsprechenden Befunde erhob und die Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht für voll arbeitsfähig erklärte (AB 73.5 S. 11 f. Ziff. 7.1, S. 12 Ziff. 7.2, S. 14 Ziff. 8.1). Trotzdem wurde im polydisziplinären Gutachten ohne weitergehende Begründung das Bestehen einer nozizeptiven Schmerzkomponente bejaht (AB 73.1 S. 7), ohne dass eine entsprechende Diagnose gestellt wurde (vgl. AB 73.1 S. 8 Ziff. 4.2). Dieser Widerspruch kann vorliegend nicht aufgelöst werden.

Auch das aus neurologischer Sicht festgestellte neuropathische Schmerzsyndrom (AB 73.4 S. 11 ff. Ziff. 7.1) vermag vorliegend nicht zu überzeugen. Dieses beruht auf der durch objektive Befunde nicht erhärteten Annahme, in Anbetracht der von der Beschwerdeführerin zeitlich und räumlich in engem Zusammenhang mit der im Rahmen der Behandlung der Humerusfraktur erfolgten Anlage einer Platte im Bereich des distalen Oberarmdrittels geklagten Schmerzen müsse es zu einer mechanischen Irritation von Ästen des Nervus radialis gekommen sein (AB 73.4 S. 12 f.). Gegen diese Einschätzung spricht, dass im Rahmen der in den letzten Jahren durchgeführten Abklärungen neurologische Ausfälle (AB 62.29 S. 15 und

S. 18), eine strukturelle Nervenläsion (AB 6.99 S. 4) und eine durch die Platte verursachte Pathologie (AB 6.108 S. 2) von den behandelnden Ärzten explizit verneint worden sind. Die Kreisärztin der C. _____ Dr. med. L. _____ hielt im Bericht vom 3. Juli 2018 ebenfalls fest, dass die umfassenden elektrophysiologischen neurologischen Untersuchungen unauffällig ausgefallen seien (AB 6.41 S. 6). Ein Zusammenhang der Schmerzen mit der stattgehabten Humerusfraktur wurde von den behandelnden Ärzten des Spitals H. _____ schliesslich auch nur für möglich erachtet (AB 62.29 S. 14). Ferner ist die Schlussfolgerung der neurologischen Gutachterin, dass sich im Bereich des eingebrachten Osteosynthesematerials durch zunehmend narbige Prozesse über die vergangenen Jahre ein zunehmendes Irritationssyndrom des Nervus radialis resp. seiner sensiblen Äste gebildet habe (AB 73.4 S. 13), nicht nachvollziehbar, da die von der Beschwerdeführerin beklagte Sensibilitätsstörung gemäss ihren Angaben gegenüber Dr. med. F. _____ bereits seit dem Unfall resp. seit den Operationen und seither unverändert besteht (AB 6.130 S. 2).

Soweit die neurologische Gutachterin schliesslich zum Schluss kam, die chronischen Schmerzen führten in ihrer Gesamtheit zu einer schmerzbedingten Reduktion der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsfunktionen (AB 73.4 S. 14 S. 14 Ziff. 7.2) und daraus eine schmerzbedingte Leistungsreduktion im Umfang von 20% ableitete (AB 73.4 S. 16 Ziff. 8.1), vermag dies bereits deshalb nicht zu überzeugen, weil die von der Beschwerdeführerin beklagten kognitiven Defizite aus neuropsychologischer Sicht nicht validiert wurden. Vielmehr hat die Neurologin diesbezüglich einzig auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt, was beweismässig nicht genügt.

3.5

3.5.1 Aus psychiatrischer Sicht wurde im MEDAS-Gutachten aufgrund einer bestehenden nicht näher bezeichneten Reaktion auf schwere Belastungen und einer mittelgradigen depressiven Episode eine 60%-ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Ausgehend von dieser Beurteilung wurde die Gesamtarbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht auf 40% festgelegt (AB 73.1 S. 8 Ziff. 4.2, S. 10 Ziff. 4.7; vgl. auch AB 73.3 S. 11 Ziff. 6.1, S. 16 Ziff. 8.1).

Auch dies vermag vorliegend nicht zu überzeugen, zumal der psychiatrische Gutachter seine Beurteilung hauptsächlich gestützt auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin getroffen hat, welche jedoch – wie nachfolgend aufgezeigt wird – inkonsistent sind. Dies wurde im Übrigen einzig vom orthopädischen Gutachter erkannt, welcher der Beschwerdeführerin trotz der vorgetragenen Beschwerden eine volle Arbeitsfähigkeit attestierte. Bezüglich eventuell ergebenden Inkonsistenzen führte er aus: "Es besteht eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden. Frau A. _____ überwertet ihre Symptomatik stark, funktionell ist sie kaum beeinträchtigt" (AB 73.5 S. 7 Ziff. 3.2.14). Weiter führte er aus, die Beschwerdeführerin "berichtet sehr ungenau, sie kann sich kaum an Daten, Zeiträume oder auch Namen erinnern. Ihre Angaben sind immer nur so ungefähr. Sie schildert ihre Symptomatik dramatisch, z.B. die linke Schulter sei «völlig steif». Bei der Untersuchung ist sie aber vollkommen frei beweglich, ohne dass Frau A. _____ Schmerzäusserungen macht. Frau A. _____ kommt beim Erzählen vom Hundertsten ins Tausendste" (AB 73.5 S. 7 Ziff. 4.1). Dieses Verhalten der Beschwerdeführerin weist auf eine mögliche Verdeutlichung wenn nicht sogar auf eine Aggravation hin. Darüber hinaus wies bereits die RAD-Ärztin Dr. med. O. _____, Fachärztin für Urologie und Chirurgie, in ihrer Stellungnahme vom 14. März 2019 auf bestehende Inkonsistenzen und eine inkomplette Datenlage hin, weshalb sie denn auch die Durchführung eines polydisziplinären Gutachtens empfahl (AB 30 S. 9). Zudem ist gestützt auf die vorliegenden Akten auch eine gewisse Leistungsbegehrlichkeit bzw. eine gewisse Entschädigungshaltung der Beschwerdeführerin nicht ausgeschlossen. So gab sie gegenüber der zuständigen Case Managerin der C. _____ an, dass diese "damals von der Haftpflichtversicherung so viel Geld erhalten habe, dass wir [die C. _____] jetzt grosszügiger mit ihr umgehen könnten"; AB 6.53 S. 2).

3.5.2 Der psychiatrische Gutachter kam einzig gestützt auf die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin zum Schluss, dass diese seit Beginn ihres Lebens unter einer besonderen Verletzlichkeit resp. einer psychischen Vulnerabilität gelitten habe resp. leidet (AB 73.1 S. 5 f. Ziff. 4.1, 73.3 S. 15 Ziff. 7.1). Dies divergiert jedoch mit der Einschätzung von Dr. med. E. _____ im Bericht vom 17. Januar 2007, dass die Be-

schwerdeführerin "bis zum Unfallereignis psychisch unauffällig blieb bzw. nie eine psychiatrische Pathologie aufgewiesen haben dürfte" (AB 6.184 S. 6). Mit dieser augenscheinlichen Diskrepanz hat sich der psychiatrische Gutachter jedoch nicht auseinandergesetzt, obwohl er vom besagten Bericht Kenntnis hatte resp. haben musste (vgl. AB 73.1 S. 23 f.). Ferner ist der psychiatrische Gutachter im Rahmen der Begründung der gestellten Diagnosen und insbesondere im Zusammenhang mit der besonderen Ausprägung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von der Prämisse ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin seit Beginn ihres Lebens körperliche und psychische Traumatisierungen und Entbehrungen (Frühgeburt, sexuelle Ausbeutung, Depression der Mutter, Gewalt des Vaters, Mager-sucht) erlebt habe (AB 73.1 S. 5 f. Ziff. 4.1, 73.3 S. 15 Ziff. 7.1). Auch dies steht in einem offensichtlichen Widerspruch mit den Angaben in den vorliegenden Akten (vgl. E. 3.5.3 hiernach), was vom Gutachter nicht berücksichtigt wurde.

3.5.3 Im Zusammenhang mit den festgestellten Inkonsistenzen ist Folgendes hervorzuheben:

Bezüglich der geltend gemachten Frühgeburt gab die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern an, die Mutter habe während der Schwangerschaft Gelbsucht gehabt und es hätten vorzeitige Wehen eingesetzt. Sie sei deshalb drei Monate zu früh geboren worden. Dabei sei ihre (später beim Autounfall verletzte) Lunge unreif gewesen, weshalb sie drei Monate lang im Brutkasten gewesen sei und habe beatmet werden müssen. Ihr Geburtsgewicht sei ein Kilogramm gewesen, wobei sie auf 900 Gramm abgenommen habe (AB 73.3 S. 3 und 73.4 S. 5). Dem Bericht des Spitals P._____ vom 26. September 1976 (AB 1.1 S. 19 f.) ist jedoch zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der 34. Schwangerschaftswoche (zufolge tiefliegender Placenta) geboren wurde mit einem Geburtsgewicht von 2'190 Gramm. Die Versorgung mit Sauerstoff dauerte drei Tage und der Spitalaufenthalt bei unauffälligem Status und Verlauf insgesamt einen Monat (TT. April bis 2. Mai 1974). Die Beschwerdeführerin konnte am 2. Mai 1974 in gutem Allgemein- und Ernährungszustand bei altersgerechter Entwicklung entlassen werden (S. 19).

Weiter führte die Beschwerdeführerin gegenüber dem psychiatrischen Gutachter aus, die Mutter sei depressiv gewesen und habe sich bereits während der Schwangerschaft umbringen wollen, weil sie in der Ehe unglücklich gewesen sei und sich nicht zugetraut habe, ein Kind allein aufzuziehen. Nach der Geburt sei die Mutter in eine protrahierte Wochenbettdepression mit psychotischen Zuständen gefallen, weshalb sie 18 Monate lang bei der Grossmutter gelebt habe (AB 73.3 S. 3). Dagegen gab sie anlässlich der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. E. _____ an, die Mutter sei depressiv geworden, als sie (Beschwerdeführerin) etwa 13 oder 14 Jahr alt gewesen sei. Damals sei der ...- resp. ... Bruder aus der Familie herausgerissen worden, wonach die Mutter in ein Loch gefallen sei. Diese depressiven Zustände hielten bis heute an. Damals habe sie rund ein Jahr bei der Grossmutter leben müssen (AB 6.184 S. 2). Zudem ist davon auszugehen, dass eine Wochenbettdepression der Kindsmutter von derartiger Ausprägung mit Sicherheit im Bericht des Spitals P. _____ vom 26. September 1976 (AB 1.1 S. 19 f.) festgehalten worden wäre, was jedoch nicht der Fall ist.

Soweit die Beschwerdeführerin weiter ausführt, dass ihr Vater ihr gegenüber wie auch gegenüber der Mutter gewalttätig gewesen sei und sie bis zum Alter von zweieinhalb Jahren auch sexuell missbraucht habe (AB 73.3 S. 3), widerspricht dies den gegenüber Dr. med. E. _____ gemachten Aussagen, in welchen der Vater als Mensch beschrieben wird, welcher zur Familie geschaut habe (AB 6.184 S. 2). Gegenüber ihrer Psychotherapeutin Q. _____ stellte sie den Vater sogar als mit Bezug auf die Depressionen der Mutter hilflos ausgeliefert dar (Bericht vom 8. Juni 2009; AB 6.153 S. 2), was nicht auf eine Gewalttätigkeit schliessen lässt.

Schliesslich ging der psychiatrische Gutachter aufgrund der anamnestischen Erhebungen davon aus, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des geschilderten Abmagerns im Lichte der erlittenen Traumatisierungen und Entbehrungen im Rahmen einer Anorexie aus psychischen Gründen erstmals erkrankt sei (AB 73.3 S. 15 Ziff. 7.2). Dabei scheint er jedoch völlig auszublenden, dass die Beschwerdeführerin wie ihre Freundin, welche ... haben soll, bewusst abmagern wollte, womit nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Beschwerdeführerin diesen Entschluss wegen einer

psychischen Krankheit gefasst hat (AB 73.3 S. 4). Widersprüchlich ist denn auch, dass die andernorts schwer depressive und als nicht handlungsfähig bezeichnete Mutter ihr erfolgreich ein Ultimatum gestellt haben soll, ihre Essgewohnheiten zu normalisieren (AB 73.3 S. 4).

3.5.4 Die Angaben der Beschwerdeführerin im Zusammenhang mit dem im Jahr 1999 erlittenen Verkehrsunfall erweisen sich als ebenfalls inkonsistent. So gab sie anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 20. Juni 2001 gegenüber Dr. med. R. _____, Facharzt für Chirurgie, an, sie könne sich noch an den Vorfall erinnern (AB 6.208 S. 1). Am 28. Mai 2002 gab sie an, sie habe insoweit noch hochgradig negative Erinnerungen an die Frontalkollision, als sie beim Autofahren stets auf den Gegenverkehr achte und schaue, wer in den entgegenkommenden Fahrzeugen sitze und ob das Fahrzeug eventuell auf die falsche Fahrbahn geraten könnte (AB 6.203 S. 1). Zum Unfallereignis führte sie am 17. Januar 2007 gegenüber Dr. med. E. _____ aus, dass das Auto nach dem Aufprall auf ihrer Seite eingedrückt gewesen sei und sie selber nur noch gedacht habe, "Lasst mich in Ruhe, Augen zu, und ich kann ja nicht mehr atmen..." (AB 6.184 S. 3). Erstmals anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Juli/August 2019 (AB 73.1 S. 2) und damit 20 Jahre nach dem Unfall machte die Beschwerdeführerin unter dem Titel "Posttraumatisches" geltend, sie habe beim Einschlafen, gekoppelt an die Intensität der Schmerzen, ein Wiedererleben des Autounfalls mit seinen Geräuschen und vor allem Flashbacks mit dem Bild der an der Windschutzscheibe des anderen Autos mit zertrümmerten Gesicht "klebenden" Toten (AB 73.3 S. 3 und S. 5, 73.4 S. 6). Sie durchlebe wieder dieselben Gefühle wie damals, vor allem sei bei ihr dieses schreckliche Bild des zertrümmerten Gesichtes haften geblieben (AB 73.3 S. 3 und S. 5). Hätte sie tatsächlich seit dem Unfall solche Intrusionen, kann davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin den Ärzten der C. _____ Dres. med. E. _____ und R. _____ davon berichtet hätte. Dies hat sie jedoch nicht getan resp. hat gegenüber Dr. med. E. _____ das Bestehen von nächtlichen Alpträumen und Nachhallerinnerungen tagsüber explizit verneint (AB 184 S. 5). Diesbezüglich muss somit von einer massiven Verdeutlichung ausgegangen werden. Ebenso verhält es sich mit dem von der Beschwerdeführerin gegenüber den MEDAS-Gutachtern erwähnten Bewusstseinsverlust. Sie gab an, beim

Transport ins Spital (AB 73.3 S. 3) resp. noch im verunfallten Auto (AB 73.4 S. 6) das Bewusstsein verloren zu haben. Dagegen hat sie gegenüber Dr. med. R. _____ einen Bewusstseinsverlust bis zur Einweisung in Spital ausdrücklich verneint (AB 6.208 S. 1).

3.5.5 In Bezug auf die bisher erfolgten Behandlungen und Therapien, welche aktenmässig grösstenteils nicht belegt sind, setzte sich der psychiatrische Gutachter schliesslich auch nicht weiter mit dem offenkundig erfolgten "Therapeuten-shopping" (vgl. AB 73.3 S. 8) auseinander und nahm dieses einfach hin, weil die Beschwerdeführerin die Konsultationen nach eigenen Angaben selber bezahlt habe (AB 73.3 S. 9 und S. 12). Zudem hielt er es nicht für erforderlich, von den behandelnden Ärzten und Therapeuten weitere Unterlagen einzufordern, obwohl der Gutachter gewisse Inkongruenzen in Bezug auf die Angaben über Dauer und Intensität der verschiedenen psychotherapeutischen Behandlungen zwischen dem, was in den Akten steht und was die Beschwerdeführerin in der Untersuchung aussagte, feststellte (AB 73.3 S. 9).

Aktenkundig ist diesbezüglich, dass die Beschwerdeführerin bereits von Anfang an ein Misstrauen bzw. fehlendes Vertrauen gegenüber Behandlern resp. insbesondere der Schulmedizin zeigte (AB 6.184 S. 5) bzw. schulmedizinische Medikationen ablehnt (AB 73.2 S. 3) und sich gegenüber medikamentösen Therapien zurückhaltend zeigte (AB 6.99 S. 3, 62.29/11: "Eine Basismedikation wünsche sie [die Beschwerdeführerin] aktuell nicht, nehme einzig eine Kräutermixtur zu sich, welche etwas Linderung verschaffe") bzw. solche ablehnte (Dr. med. N. _____ "habe sie stattdessen [die Beschwerdeführerin wollte eine traumazentrierte Psychotherapie] dazu überreden wollen, Schmerzmittel und Antidepressiva zu nehmen"; AB 73.3 S. 8). Sie liess sich praktisch ausschliesslich alternativmedizinisch behandeln (AB 6.53 S. 2) und bestimmte die Therapieinhalte selbst (AB 6.153 S. 1). Zudem hat sie eine von den Fachärzten des Spitals H. _____ für dringend indiziert gehaltene multimodale Betreuung und Begleitung durch einen Schmerzspezialisten (AB 62.29 S. 14) nie aufgenommen.

3.6 Letztlich bleibt festzuhalten, dass auch die weiteren Akten keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation erlauben, zumal keine andere polydisziplinäre Einschätzung vorliegt. Eine solche ist vorlie-

gend aufgrund der geltend gemachten zahlreichen Beschwerden jedoch zweifellos notwendig. Darüber hinaus fehlen in den weiteren medizinischen Berichten Einschätzungen bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin.

3.7 Aufgrund der fehlenden Validierung der geklagten neuropsychologischen Defizite, der fehlenden Objektivierung der schmerzverursachenden Narbenbildung an der linken oberen Extremität sowie der Unvollständigkeit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsunterlagen erweist sich medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Unter diesen Umständen kann vorliegend keine abschliessende Beurteilung der medizinischen Situation bzw. deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden. 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 die vollständigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsunterlagen einzuholen. Weiter wird sie zu prüfen haben, ob sich die im neurologischen Gutachten getroffenen Mutmassungen (Vernarbung mit Auswirkungen auf den Nervus radialis und seine Verästelungen), allenfalls durch entsprechende bildgebende Verfahren, objektivieren bzw. bestätigen lassen. Anschliessend wird sie ein MEDAS-Gutachten bei einer bislang nicht betrauten Gutachterstelle in den Disziplinen Neurologie, Neuropsychologie und Psychiatrie und allenfalls weiteren Fachdisziplinen einzuholen haben. Dabei haben die Gutachter eine leitliniengerechte Diagnoseerhebung durchzuführen und das Zumutbarkeitsprofil sowie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit festzulegen. Eine Rückweisung an die Verwaltung ist ohne weiteres geboten und zulässig, wurde doch insbesondere in den Fachdisziplinen 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).

3.8 Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde – soweit darauf einzutreten ist – 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens kann die Frage der Verletzung des rechtlichen Gehörs (Beschwerde 12 Ziff. 41) offen bleiben.

4.

4.1 Gemäss aArt. 69 Abs. 1^{bis} IVG in der bis 31. Dezember 2020 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung (vgl. Art. 83 ATSG) 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). 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 Parteientschädigung 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).

Rechtsanwalt B._____ macht in der Kostennote vom 15. Dezember 2020 einen Aufwand von 6.80 Stunden geltend, was nicht zu beanstanden ist. Da in der Kostennote weder Auslagen noch die Mehrwertsteuer aufge-

führt werden, wird die Parteientschädigung entsprechend dem geltend gemachten Aufwand auf Fr. 1'700.-- (6.8 x Fr. 250.--) festgesetzt. Diesen Betrag hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in zu ersetzen.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Soweit darauf einzutreten ist, wird in Gutheissung der Beschwerde die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 20. März 2020 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. 1'700.--, 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.