

200 19 44 IV
SCP/ISD/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 1. Oktober 2019

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Isliker

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Dezember 2018



Sachverhalt:

A.

Die 1970 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ... und zuletzt als ... bei der C._____ AG in ... tätig, meldete sich am 30. Januar 2017 (Postaufgabe) unter Hinweis auf „Depression/Rückenbeschwerden/Halswirbel/hoher Blutdruck“ bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II] 2, 6 S. 3). Die IVB traf in der Folge Abklärungen in erwerblicher und medizinischer Hinsicht, namentlich veranlasste sie eine polydisziplinäre Begutachtung (Gutachten vom 3. Juli 2018 [Konsensbeurteilung; act. II 87.1]). Gestützt darauf verneinte sie – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 90, 98, 102, 106) und diesbezüglicher Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 109) – mit Verfügung vom 5. Dezember 2018 (act. II 111) das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens bzw. einen Anspruch auf Leistungen der IV.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, mit Eingabe vom 18. Januar 2019 Beschwerde und beantragt, es sei die Verfügung vom 5. Dezember 2018 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung medizinisch abkläre und nachfolgend erneut über den Leistungsanspruch befinde.

Mit Beschwerdeantwort vom 19. Februar 2019 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 15. März 2019 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein.

Dazu nahm die Beschwerdegegnerin am 12. April 2019 Stellung.

Mit Schreiben des Instruktionsrichters vom 10. Mai 2019 wurden von der vormaligen Arbeitgeberin der Beschwerdeführerin (C. _____ AG) Informationen zum Arbeitsverhältnis und von der behandelnden Ärztin der Psychiatrischen Dienste D. _____, die vollständige Kranken- bzw. Behandlungsgeschichte ediert. Die vormalige Arbeitgeberin machte am 22. Mai 2019 die entsprechenden Angaben (in den Gerichtsakten); die behandelnde Ärztin stellte dem Verwaltungsgericht einzig eine Orientierungskopie eines an die Beschwerdeführerin gerichteten Schreibens betreffend Entbindung von der Schweigepflicht zu.

In der Folge wurde die behandelnde Ärztin mit Verfügung vom 26. Juni 2019 erneut zur Mitwirkung respektive zur Angabe von Gründen für die Verweigerung der Mitwirkung aufgefordert. Die behandelnde Ärztin reichte in der Folge am 4. Juli 2019 (Postaufgabe) die einverlangten Unterlagen ein (edierter medizinische Akten [act. III]).

Mit Verfügung vom 9. Juli 2019 wurde den Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme zum Beweisergebnis gegeben. Hiervon machten sowohl die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 26. Juli 2019 als auch die Beschwerdegegnerin mit Eingabe vom 7. August 2019 Gebrauch.

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 Anträ-

gen 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 5. Dezember 2018 (act. II 111). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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 141 V 281 E. 2.1 S. 285).

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 über-

wiegen 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).

2.2.3 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). 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 beweisbelastete versicherte Person zu tragen (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 Dreiviertelsrente, 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

3.1.1 Die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2018 (act. II 111) stützt sich auf das interdisziplinäre Gutachten der E._____ (nachfolgend: MEDAS) vom 3. Juli 2018 (act. II 87.1 [interdisziplinäre Gesamtbeurteilung]). Diesem sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 5):

Diagnosen **mit** Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Mittelgradige depressive Episode ICD 10, F.32.1

Diagnosen **ohne** Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- Leichtgradiges sensibles Karpaltunnelsyndrom rechts
- Knie rechts: Zentral und medialbetonte retropatellare Chondropathie Grad III ohne Knorpeldefekt.
- Status nach einmaliger Fibromexzision Plantarfaszie links, St. n. zweimaliger Fibromexzision Faszie links.
- Subjektiv Schmerzen HWS bei radiologisch altersentsprechend degenerativen Veränderungen
- Arterielle Hypertonie
 - cRF: Hypertonie, Nikotinabusus, positive Familienanamnese, Hyperlipidämie, Hyperurikämie
- Leichtes Schlafapnoe-Syndrom
 - St. n. pneumologischer Abklärung
- St. n. Varizektomie
- St. n. Gastroskopie bei rezidivierenden Gastritiden
- St. n. Liposuktion des Abdomens
- St. n. Diagnose einer Zöliakie (ED 1979)

In orthopädischer Hinsicht seien in der Anamnese gewisse Inkonsistenzen in Bezug auf die vorhandenen Befunde aufgefallen. Dies stehe auch im Einklang mit früheren Beurteilungen. Auch würden vorhandene Therapien, insbesondere medikamentöser Art, von der Beschwerdeführerin wenig konsequent durchgeführt. In Bezug auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als ... bestehe sowohl in orthopädischer wie auch in internistischer Hinsicht keine Einschränkung funktioneller Art (S. 4 Ziff. 4.1 und S. 5 Ziff. 4.3).

In psychiatrischer Hinsicht könne die seit November 2016 dokumentierte depressive Episode unterschiedlichen Ausmasses bestätigt werden. Zusätzlich seien ab August 2017 eine emotional instabile Persönlichkeit vom Borderline-Typ sowie eine Traumatisierungsstörung, bestehend seit der Kindheit, attestiert worden. Diese Differentialdiagnosen seien jedoch nicht durch die erforderliche Befundung abgeklärt (S. 5 Ziff. 4.1). Im psychiatrischen Gutachten werde die Frage einer Persönlichkeitsstörung i.S.e. Borderlinestörung diskutiert. Es fänden sich anamnestisch (die Beschwerdeführerin habe es in der Kindheit gut gehabt und sei geschützt aufgewachsen) keine Hinweise für expliziten Drogen- oder Alkoholkonsum, keine Hinweise für Selbstverletzungen in der Vergangenheit und auch keine Hinweise für ausgeprägt emotional instabile Zustände in der Jugend bzw. der

Zeit bis Oktober 2016. Eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung sei dadurch gekennzeichnet, dass Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen ausagiert würden, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es bestehe eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen, eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren und eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten sowie zu Konflikten mit anderen. All dies sei bei der Beschwerdeführerin nicht vorhanden oder nur ansatzweise nachweisbar. Sicher sei es aufgrund der jetzt erfolgten Untersuchung und aufgrund der Kürze des Beobachtungszeitraumes schwer möglich, eine derartige Diagnose zu bestätigen oder völlig zu verwerfen. Allerdings könne eine gewisse Widersprüchlichkeit und damit auch verbunden die Fragestellung nicht vermieden werden. Notwendig wäre, um eine solche Verdachtsdiagnose zu verifizieren oder abklären zu können, eine ausführliche vertiefte Exploration, gegebenenfalls unterstützt durch entsprechend standardisierte Interviews bzw. eine längerfristige Beobachtung im teilstationären oder stationären Rahmen (S. 6 Ziff. 4.4).

Insgesamt kamen die Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode in der bisherigen Tätigkeit als ... sowie in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bestehe (S. 7 Ziff. 4.7 - 4.9).

3.1.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der Stellungnahme vom 26. November 2018 (act. II 109 S. 3 f.) fest, die Beschwerdeführerin habe ab 1990, mithin während der Adoleszenz, stabil gelebt, wobei sich gerade in dieser Zeit eine Borderline-Persönlichkeitsstörung immer mehr hätte zeigen müssen. Sodann seien die berichteten Stimmungsschwankungen für sich allein nicht diagnosebegründend. Insgesamt gehe aus dem Verlauf der Krankheitsentwicklung, der persönlichen Anamnese und den Symptomschilderungen keine Borderline-Persönlichkeitsstörung hervor, sondern eine zunehmende Erschöpfung und Depression unter anhaltender Belastung. Im Gutachten werde ein Tagesablauf geschildert, wonach die Beschwerdeführerin recht gute soziale Kontakte habe, die sie auch wahrnehme. Weder ein sozialer Rückzug, noch eine depressive Symptomatik mit Interessenlosigkeit, noch aus einer Borderline-Persönlichkeitsstörung resultierende Probleme gingen

aus diesen Schilderungen hervor. Im Psychostatus werde eine freundliche, engagierte und mit durchaus stabiler Stimmung bestehende Persönlichkeit beschrieben. Die Beschwerdeführerin sei jedoch von sozialen Problemen belastet. Es spreche auch gegen das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, dass der Kontakt im Untersuchungsgespräch stets erhalten geblieben sei. Zudem gebe es keine Hinweise für selbstverletzendes Verhalten oder suizidale Handlungen. Zusammenfassend sei mit dem Gutachten psychiatrisch gut belegt, dass generell keine Persönlichkeitsstörung und im Speziellen keine Borderline-Persönlichkeitsstörung bestehe. Bereits die Grundkriterien einer Persönlichkeitsstörung nach ICD-10 seien nicht erfüllt. Vielmehr habe sich die Beschwerdeführerin ab dem zwanzigsten Lebensjahr stabil gefühlt und sei auch bis 2015 beruflich aktiv gewesen. Von einer sie schädigenden Partnerschaft habe sie sich zudem lösen können, was ebenfalls gegen ein Borderline-typisches Verhalten spreche. Weitere diagnostische Abklärungen seien daher nicht notwendig.

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 Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353).

3.3

3.3.1 Das MEDAS-Gutachten vom 3. Juli 2018 (act. II 87.1 [interdisziplinäre Gesamtbeurteilung]) wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und die beteiligten Experten haben die Beschwerdeführerin in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin (act. II 87.2), Orthopädie (act. II 87.3) und Psychiatrie und Psychotherapie (act. II 87.4) umfassend sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden untersucht. Gestützt darauf haben sie die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet. Die beschwerdeweise vorgebrachte Kritik am psychiatrischen Teilgutachten, namentlich unter Bezugnahme auf die abweichende diagnostische Verortung der behandelnden Psychiaterin (vgl. E. 3.3.2 nachfolgend), vermag demgegenüber keine konkreten Zweifel an der Vollständigkeit und Schlüssigkeit der Expertise zu wecken.

3.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten diagnostizierte Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, als einzige Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (act. II 87.4 S. 7, 87.1 S. 5). Hinsichtlich der Diagnose und des Schweregrades stimmt dies in Bezug auf das Begutachtungsdatum (6. Juni 2018 [act. II 87.4 S. 1]) mit der Einschätzung der ehemaligen behandelnden Psychiaterin Dr. med. H._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, von den Psychiatrischen Diensten D._____ im Bericht vom 13. März 2018 (vgl. act. II 68 S. 2 Ziff. 2) überein. Mit Blick auf die späteren Einträge in der Krankengeschichte (act. III „Psychiatrische Dienst D._____ Nie Verlauf“ [nachfolgend: Krankengeschichte] S. 15 ff.) ergeben sich sodann keine Hinweise für eine wesentliche Verschlechterung der depressiven Symptomatik. Vielmehr wurde im Abschluss- bzw. Überweisungsbericht vom

2. August 2018 (act. III Krankengeschichte S. 2 f.) festgehalten, dass sich die zu Beginn der Therapie deutlich vorhandene depressive Symptomatik mit starkem sozialem Rückzug, Erschöpfung, Weinen und Ängsten im Zeitraum, als die Beschwerdeführerin Anschluss an einen Freundeskreis in ... mit zeitweise fast täglichen Kontakten gefunden habe, verbessert habe. Die Beschwerdeführerin habe wieder mehr Energie und Antrieb gehabt und ihre Stimmung habe sich verbessert, sei jedoch wechselhaft geblieben. Damit gut vereinbar wurde in der psychiatrischen Stellungnahme von der Nachbehandlerin Dr. med. I. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Oktober 2018 (act. II 106 S. 2) die mittelgradige depressive Episode als teilremittiert beschrieben.

Zwischen der psychiatrisch-gutachterlichen Einschätzung und den behandelnden Ärzten bestehen indes in Bezug auf die funktionellen Auswirkungen Diskrepanzen. So ging der Gutachter von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit (act. II 87.4 S. 11) aus, während Dr. med. H. _____ eine vollständige (act. II 68) bzw. Dr. med. I. _____ eine 80%ige (act. II 106 S. 6) Arbeitsunfähigkeit attestierten. Dies rührt von der (zusätzlich) von den behandelnden Ärztinnen diagnostizierten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31) bzw. dem von Dr. med. H. _____ festgehaltenen Verdacht auf Traumatisierung in der Kindheit (ICD-10 Z61; act. II 106 S. 2, 68 S. 2; act. III Krankengeschichte S. 1) her. In diesem Zusammenhang ist jedoch darauf hinzuweisen, dass mit Blick auf die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2017 IV Nr. 49 S. 148 E. 5.5, 2008 IV Nr. 15 S. 44 E. 2.2.1). Dies ist vorliegend jedoch nicht der Fall. So führte der Experte insbesondere aus, für die diagnostizierte Persönlichkeitsstörung bestehe keine nähere diagnostische Abklärung bzw.

Absicherung; abgesehen von im ärztlichen Befund beschriebenen ‚stärkeren‘ Symptomen, die sich jedoch auf die depressive Episode zurückführen liessen. Dies ist mit Blick auf die Eintragungen in die Krankengeschichte, namentlich vom 12. Oktober und 20. November 2017 (act. III Krankengeschichte S. 11 f.) gut nachvollziehbar, zumal keine entsprechenden Abklärungen ersichtlich sind, weshalb angenommen werden muss, dass es sich in nicht unerheblichem Umfang um eine suggestive Diagnose handelte. Der Gutachter legte weiter dar, dass sich im Verlauf keine grundlegenden soliden Hinweise (Kindheit, Drogen- und Alkoholkonsum, Selbstverletzungen, vergangene ausgeprägte emotional instabile Zustände) fänden, welche die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung rechtfertigten. Ebenso sind mit dem psychiatrischen Gutachter für den dringenden Verdacht auf Traumatisierung in der Kindheit keine diesen Verdacht konkretisierenden Angaben ersichtlich (act. II 87.4 S. 8, 87.1 S. 5). In der Folge schloss der Gutachter aufgrund der erhobenen Befunde und in Auseinandersetzung mit den diagnostischen Kriterien für Persönlichkeitsstörungen (vgl. dazu DILLING/MOMBOUR/ SCHMIDT, ICD-10 Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. 2015, S. 276 ff., „F60 spezifische Persönlichkeitsstörungen“) das Vorliegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar begründet aus. Zudem hielt er mit Blick auf die diagnostischen Kriterien einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3) fest, dass gewisse Aspekte bei der Beschwerdeführerin durchaus in diese Richtung interpretiert werden könnten, subsumierte diese jedoch unter die beschriebene depressive Symptomatik.

Ferner sprechen auch – wie in den überzeugenden und mit den gutachterlichen Einschätzungen übereinstimmenden Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. med. F._____ (act. II 109 S. 4) dargelegt – die anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin gegen das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung. So berichtete sie über eine gute, behütete und glückliche Kindheit sowie eine motivierende und ihr gut tuende Lehre als ... bei der J._____, wo sie sich in einer männerdominierten Branche habe durchsetzen müssen (act. II 87.4 S. 3). Entgegen ihren anamnestischen Angaben im Rahmen der Begutachtung hat sie die J._____ nach der Lehre auf eigenen Wunsch verlassen (vgl. act. II 6 S. 5) und anschliessend in verschiedenen Temporärjobs gearbeitet. Dies spricht klar gegen das Vor-

liegen einer spezifischen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60, zumal diese Störungen gemäss den diagnostischen Leitlinien unter anderem immer in der Kindheit oder Jugend beginnen und sich auf Dauer im Erwachsenenalter manifestieren sowie meistens mit deutlichen Einschränkungen der beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit verbunden sind (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT, a.a.O., S. 277, „F60“, Diagnostische Leitlinien Ziff. 4 f.). So schrieb auch die Beschwerdeführerin den Umstand, dass sie nach Abschluss der ...-Lehre den Einstieg ins Berufsleben nicht gefunden hatte, nicht gesundheitlichen bzw. psychischen Einschränkungen zu, sondern der Tatsache, dass es sich um einen „Männerberuf“ handelte und sie im Vergleich mit Männern körperlich benachteiligt gewesen sein dürfte (act. II 87.4 S. 4). Diese Einschätzung deckt sich denn auch mit den Angaben der vormaligen Arbeitgeberin vom 22. Mai 2019 (in den Gerichtsakten), welche eine konstitutionell bedingte reduzierte Einsetzbarkeit der Beschwerdeführerin ausdrücklich bestätigt. Die spätere Darstellung (vgl. zur Beweismaxime der „Aussage der ersten Stunde“: BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47) der Beschwerdeführerin in der Stellungnahme vom 26. Juli 2019 (in den Gerichtsakten), wonach sie „immer wieder angeeckt“ sei und die Arbeitsverhältnisse aus diesem Grund nie länger gedauert hätten, ist demgegenüber, insbesondere mit Blick auf die wiederholt überjährigen Beschäftigungen in der Vergangenheit (vgl. act. II 5 S. 2 f.) und der einer Tagelöhner-Beschäftigung notorisch inhärenten grundsätzlichen Kurzfristigkeit, nicht zu folgen. Insoweit ist überwiegend wahrscheinlich (BGE 144 V 427 E. 3.2 S. 429 f., 138 V 218 E. 6 S. 221), dass die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin in ihrem beruflichen Werdegang nicht auf psychische Gründe, sondern vielmehr auf konstitutionelle und branchenspezifische Umstände zurückzuführen sind.

Soweit der Gutachter anschliessend darauf hinwies (act. II 87.4 S. 8), dass es aufgrund der Kürze der Untersuchung und des Beobachtungszeitraumes nur schwer möglich sei, eine derartige Diagnose zu bestätigen oder völlig zu verwerfen, weshalb eine gewisse Widersprüchlichkeit und damit verbunden eine Fragestellung nicht vermieden werden könne, spricht dies nicht gegen den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens. Denn einerseits verneinte der psychiatrische Gutachter eindeutig und schlüssig den Bestand von Anhaltspunkten für eine Persönlichkeitsstörung und ande-

rerseits spricht gerade auch dieses transparente Vorgehen, insbesondere das Offenlegen von Unsicherheiten und Unklarheiten, für den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 21. Juni 2016, 9C_614/2015, E. 5.1; SUSANNE BOLLINGER, Der Beweiswert psychiatrischer Gutachten in der Invalidenversicherung unter besonderer Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, Jusletter vom 31. Januar 2011, Rz. 24 mit Hinweisen).

Hinsichtlich der vom psychiatrischen Gutachter erwähnten vertieften Abklärungsmöglichkeiten im Rahmen einer ausführlicheren vertieften Exploration, gegebenenfalls unterstützt durch entsprechende standardisierte Interviews, bzw. eine längerfristige Beobachtung im teilstationären oder stationären Rahmen (act. II 87.4 S. 8 am Ende), gilt grundsätzlich, dass dem Experten, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zukommt (Entscheidung des BGer vom 26. Januar 2018, 9C_78/2017, E. 5.1, und vom 7. September 2018, 9C_216/2018, E. 3.5). Soweit der psychiatrische Gutachter nach Würdigung der medizinischen Akten und nachdem er anlässlich der – für die Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes ohnehin wichtigsten (vgl. statt vieler: Entscheid des BGer vom 11. Dezember 2018, 9C_289/2018, E. 4.2) – klinischen Untersuchung keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung finden konnte (act. II 87.4 S. 8), auf weitergehende diagnostische Abklärungen verzichtete, lag dies in seinem Ermessen und ist nicht zu beanstanden. Daran vermag auch nichts zu ändern, dass Dr. med. I. _____ – nach einer psychotherapeutischen Behandlung von lediglich rund zweieinhalb Monaten und gestützt auf verschiedene, im Wesentlichen die subjektiven Beschwerdeschilderungen erfassenden Interviews – eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostizierte (act. II 106 S. 2 f.), zumal dies letztlich einzig eine divergierende psychiatrische Würdigung desselben medizinischen Sachverhaltes darstellt, ohne dass dem Bericht von Dr. med. I. _____ wesentliche neue Aspekte zu entnehmen wären. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt. Die psychiatrische Exploration eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische In-

terpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier – lege artis vorgegangen ist (Entscheid des BGer vom 23. Mai 2019, 9C_851/2018, E. 4.2.2 mit Hinweisen). Trotz der unterschiedlichen diagnostischen Würdigung erweist sich das Gutachten nach den Ausführungen hiervor weder als unvollständig noch rechtfertigt sich ein Abweichen davon im Sinne der von den behandelnden Ärztinnen getroffenen Einschätzungen.

3.4 Nach dem Dargelegten erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 3. Juli 2018 (act. II 87.1), einschliesslich des psychiatrischen Teilgutachtens (act. II 87.4), die Anforderung der Rechtsprechung an eine beweiskräftige medizinische Expertise (vgl. E. 3.2 hiervor), so dass darauf abzustellen ist. Der medizinische Sachverhalt ist vor diesem Hintergrund hinreichend abgeklärt, weshalb auf weitere Beweisvorkehrungen – wie in der Beschwerde beantragt – in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann, weil davon keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2017 ALV Nr. 6 S. 18 E. 4.2).

3.5 Zu klären verbleibt die Relevanz der erhobenen psychischen Störung und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten Einschränkung in der Arbeits- und Leistungsfähigkeit (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar (BGE 141 V 281 E. 7 S. 308).

3.5.1 Vorab ist hinsichtlich möglicher Ausschlussgründe (BGE 141 V 281 E. 2.2 S. 287 f. mit Hinweis auf BGE 131 V 49 und 127 V 294 E. 5a S. 299) festzuhalten, dass zwar gutachterlich keine eigentliche Aggravation beschrieben wurde, sich jedoch im Gutachten durchaus Inkonsistenzen in Bezug auf die Schmerzangaben und der Therapieadhärenz ausmachen lassen (vgl. act. II 87.1 S. 4 Ziff. 4.1 und S. 7 Ziff. 4.6). Zudem bestehen verschiedene klare Hinweise auf eine massgebliche Mitbeteiligung von invalidenversicherungsfremden psychosozialen Belastungsfaktoren, namentlich die Trennung vom vormaligen Partner und dessen späterer Tod, Pflege der todkranken Mutter neben einer Erwerbstätigkeit, Tod der Mutter,

unklare Wohnsituation, unklare bzw. unsichere berufliche Perspektiven und finanzielle Probleme (vgl. act. II 87.1 S. 6 bzw. 87.4 S. 9 Ziff. 7.1; act. III Krankengeschichte S. 12), welche der Annahme eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens grundsätzlich entgegenstehen. Inwieweit unter diesen Umständen ein (diagnostisch) verselbstständigter psychischer Gesundheitsschaden vorliegt, kann indes jedoch dahingehend offen bleiben, als dass – wie nachfolgend dargelegt – der psychischen Symptomatik nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens vorliegend keine invalidisierende Wirkung zukommt.

3.5.2 Zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ist hinsichtlich der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) festzuhalten, dass mit Blick auf die überwiegend wahrscheinliche psychosoziale Mitbeeinflussung des Beschwerdebildes und das vorhandene Aktivitätenniveau nicht von einer schweren Ausprägung auszugehen ist. Auch unter Berücksichtigung der gutachterlich beschriebenen funktionellen Beeinträchtigung gemäss Mini-ICF-APP (vgl. act. II 87.4 S. 10) ergeben sich keine Anhaltspunkte, die eine schwerere Ausprägung der diagnoselrelevanten Befunde nahelegten, als der gestellten Diagnose bereits inhärent ist (Entscheid des BGER vom 9. Mai 2019, 9C_755/2018, E. 4.2.1, mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425).

Betreffend „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) besteht zwischen dem psychiatrischen Gutachter und der behandelnden Psychiaterin grundsätzlich Einigkeit darüber, dass die bisherigen medikamentösen und therapeutischen Massnahmen nicht ausgereizt sind (act. II 87.4 S. 10 Ziff. 7.2; 106 S. 6). Berufliche Eingliederungsmassnahmen wurden nicht durchgeführt (vgl. act. II 51). Ebenso geht aus den Eintragungen der vormals behandelnden Ärztin in die Krankengeschichte unzweifelhaft hervor, dass die Beschwerdeführerin angesichts der klaren Ablehnung der angebotenen stationären Behandlung aus versicherungsfremden Gründen die bestehenden therapeutischen Massnahmen nicht wahrnimmt. Die Therapeuten wollten denn auch die Beschwerdeführerin nicht weiter im „nicht-Entscheiden“ unterstützen und schlossen die Behandlung im August 2018 ab (vgl. act. III Krankenge-

schichte S. 16 [Eintragungen vom 11. Juni und 19. Juli 2018]). Eine medizinisch ausgewiesene Behandlungsresistenz besteht demnach nicht.

„Komorbiditäten“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.) sind nicht ersichtlich, zumal in somatischer Hinsicht – unter Berücksichtigung der gestellten Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. act. II 87.1 S. 5 Ziff. 4.2.2; vgl. zur Plausibilisierung von subjektiven Schmerzangaben BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296) – insgesamt keine Einschränkungen funktionaler Art für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit beschrieben wurden (act. II 87.1 S. 5 Ziff. 4.3). Psychiatrische Komorbiditäten wurden ebenfalls keine beschrieben und insbesondere die diskutierten Aspekte der Persönlichkeitsstrukturierung (vgl. act. II 87.4 S. 8) wurden vom psychiatrischen Gutachter im Rahmen der diagnostizierten depressiven Störung erfasst (vgl. E. 3.3.2 hiervor).

Zum Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist dem psychiatrischen Teilgutachten zu entnehmen, es sei von einer schwachen und wenig leistungsfähigen Persönlichkeit auszugehen. Ressourcen stünden weder intellektuell, noch körperlich, noch beruflich und auch nicht ausbildungstechnisch zur Verfügung (act. II 87.4 S. 10 Ziff. 7.4.). Dem kann nicht gefolgt werden, zumal die Beschwerdeführerin über eine abgeschlossene berufliche Ausbildung verfügt, im Rahmen derer sie sich in einem „männerrdominierten“ beruflichen Umfeld zu behaupten wusste (act. II 87.4 S. 3) und die gutachterlich beschriebenen Schwierigkeiten bei der Stellensuche auf arbeitsmarktliche Gegebenheiten zurückzuführen sind (vgl. E. 3.3.2 hiervor). Die Beschwerdeführerin erhielt zudem im Jahr 2015 eine Festanstellung, trennte sich aus eigener Initiative von ihrem Ex-Partner, pflegte ihre todkranke Mutter über mehrere Monate und ging eine neue Beziehung ein (vgl. act. II 87.4 S. 4 Ziff. 3.2.6 und 3.2.8), was alles auf durchaus vorhandene persönliche Ressourcen hindeutet. Im Untersuchungsbefund wurden schliesslich auch keine Hinweise für Ich-Störungen, Zwänge oder Denkstörungen beschrieben (act. II 87.4 S. 6), sodass insgesamt von erhaltenen persönlichen Ressourcen auszugehen ist.

Zum Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) fällt auf, dass die Beschwerdeführerin eine stationäre psychiatrische Behandlung

mitunter deshalb ablehnt, weil sie nicht aus dem subjektiv stabilisierenden Umfeld herausgerissen werden will (act. II 87.4 S. 9 Ziff. 7.1). Sodann pflegt sie einen sehr engen und guten Kontakt zu ihrem Vater (act. II 87.4 S. 3), ging eine neue Partnerschaft ein und trifft regelmässig eine Gruppe von befreundeten ..., was ihr gemäss eigenem Empfinden eine gewisse Stabilität und Sicherheit gibt (act. II 87.4 S. 4 Ziff. 3.2.8). Ihrem wichtigsten Hobby, ..., hat die Beschwerdeführerin ferner weiterhin und ohne ersichtliche Einschränkungen nachgehen können. Eine wesentliche Einschränkung von sozialen Ressourcen ist nicht erkennbar.

In der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ergeben sich in Bezug auf die „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) gewisse Inkonsistenzen in Bezug auf das Schmerzgebaren in der orthopädischen Exploration (act. II 87.1 S. 6 Ziff. 4.3). Ebenso ist die subjektive vollständige Arbeitsunfähigkeit (act. II 87.4 S. 4 Ziff. 3.2.7 und S. 5 Ziff. 3.2.11) diskrepant zur durchaus strukturierten Tagesgestaltung mit Wahrnehmen von Terminen, gemeinsamem Kochen mit dem Vater, regelmässigem Treffen von Bekannten, teilweise Übernahme von Haushaltsaufgaben, ... und der selbstständig unternommenen ...reise im Ausland (vgl. act. II 87.4 S. 5 Ziff. 3.2.10). Weitergehende Freizeitaktivitäten wie etwa ...- oder ... nimmt die Beschwerdeführerin nicht aus psychischen, sondern vornehmlich aus finanziellen Gründen nicht war (vgl. act. II 87.4 S. 5 Ziff. 3.2.10). Auch wenn sich aufgrund der gutachterlich attestierten Teilarbeitsunfähigkeit ein gewisses Mass an (Freizeit-) Aktivitäten durchaus mit einer reduzierten funktionellen Leistungsfähigkeit vereinbaren lässt, kann vorliegend angesichts der weitgehend erhaltenen Alltagsaktivitäten respektive deren vornehmlicher Einschränkung aus invaliditätsfremden Gründen nicht mehr von einer gleichmässigen Einschränkung in allen Lebensbereichen ausgegangen werden.

Zum „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck“ (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) ist schliesslich zu beachten, dass die Beschwerdeführerin zwar seit Oktober 2016 in ambulanter psychiatrischer Behandlung steht (act. II 87.4 S. 5 Ziff. 3.2.11), jedoch diese und insbesondere auch die Therapien medikamentöser Art nur wenig conse-

quent durchführte (act. II 87.1 S. 4 Ziff. 4.1; vgl. auch act. II 87.6 S. 2). Eine indizierte (teil-)stationäre Behandlung (act. II 87.4 S. 10) wurde von der Beschwerdeführerin abgelehnt (act. II 87.4 S. 2 Ziff. 3.2.2 und S. 9 Ziff. 7.1). Eine fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst, stellt jedoch in aller Regel eine jederzeit zumutbare Form der allgemeinen Schadenminderung dar (Entscheid des BGer vom 4. Juni 2018, 9C_194/2018, E. 5.1.1). Zudem bildet der Umfang der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen ein Indiz für das Bestehen bzw. das Ausmass eines tatsächlichen Leidensdrucks (SVR 2016 IV Nr. 56, 9C_296/2016, E. 4.1.2). Ein solcher ist vor diesem Hintergrund der wenig konsequenten therapeutischen Bemühungen nicht ersichtlich; das Verhalten mutet vielmehr inkonsistent an.

3.6 Zusammenfassend liegt nach Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren in psychischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden bzw. keine Invalidität im Rechtssinne vor. Damit besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2018 (act. II 111) erweist sich daher als rechters, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

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. 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.

4.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss] bzw. Art. 104 Abs. 3 i.V.m. Art. 2 Abs. 1 lit a VRPG).

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):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

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.