

200 19 838 IV
SCI/GET/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. März 2020

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Furrer
Gerichtsschreiber Germann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 4. Oktober 2019



Sachverhalt:

A.

Die ... geborene, über keine Berufsausbildung verfügende A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im März 2014 unter Hinweis auf diverse, namentlich psychisch bedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin], [act. II], 1; 13 S. 1). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt und Berichte behandelnder Ärzte beigezogen hatte, gewährte sie der Versicherten ein Belastbarkeitstraining (act. II 45), welches jedoch abgebrochen wurde (act. II 47; Protokolleintrag vom 4. Juni 2015 [in den Gerichtsakten]). In der Folge forderte die IVB die Versicherte zur Mitwirkung auf (act. II 48) und gewährte ihr anschliessend erneut ein Belastbarkeitstraining (act. II 54), bei welchem die Versicherte die Präsenzzeiten aus diversen Gründen (vgl. act. II 74 S. 7) nicht einhielt (vgl. act. II 69 S. 1). Nachdem die IVB der Versicherten am 23. Juli 2015 (act. II 70) mitgeteilt hatte, aufgrund der unklaren medizinischen Situation würden aktuell keine weiteren Integrationsmassnahmen erfolgen, veranlasste sie – nach erneuter Aufforderung zur Mitwirkung (act. II 75) – bei der MEDAS eine Begutachtung (act. II 85.1 ff.). In der Folge unterbreitete die IVB das Dossier Dr. med. B. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD [act. II 89; 106]), und gewährte der Versicherten ein Arbeitstraining mit Jobcoaching (act. II 100) respektive übernahm die Kosten für die Berufswahlabklärung bei den C. _____ (act. II 109). Nachdem die C. _____ am 8. November 2016 (act. II 113 S. 2 – 4) mitgeteilt hatten, die Versicherte habe die Eingliederungsmassnahme zugunsten therapeutischer Massnahmen abgebrochen (S. 3), verneinte die IVB einen Anspruch auf Fortsetzung von beruflichen Massnahmen (act. II 114). Im Rahmen der nunmehr in die Wege geleiteten Rentenprüfung (act. II 115) zog die IVB weitere Berichte des behandelnden Arztes, Dr. med. D. _____, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und der behandelnden Psychotherapeutin bei und veranlasste – nachdem die Versicherte im ... 2017 einen Sohn geboren hatte (Akten des Regionalen Sozialdienstes ... (nachfolgend

Sozialdienst], [act. III], 149) – bei Dr. med. E._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Begutachtung (Expertise vom 29. September 2018 [act. II 164.1]). In der Folge reichte die Versicherte im ersten Vorbescheidverfahren (act. II 165 ff.) u.a. einen Bericht von Dr. med. D._____ zu den Akten (act. II 174 S. 2 – 7), woraufhin die IVB eine Stellungnahme von Dr. med. E._____ (act. II 178.1) sowie des RAD-Arztes Dr. med. B._____ (act. II 180) einholte. Mit erneutem Vorbescheid vom 23. Mai 2019 (act. II 181) stellte die IVB der Versicherten die Verneinung eines Leistungsanspruchs mit der Begründung in Aussicht, es liege kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne vor. Die Versicherte erhob hiergegen Einwand (act. II 191). Am 4. Oktober 2019 (act. II 194) verfügte die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

B.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 28. Oktober 2019 (Postaufgabe 1. November 2019) Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss die Gewährung beruflicher Massnahmen sowie die Ausrichtung einer Invalidenrente.

Nach entsprechender Instruktion hielt der Instruktionsrichter mit prozessleitender Verfügung vom 10. Dezember 2019 fest, indem die Beschwerdeführerin den Gerichtskostenvorschuss von Fr. 800.-- am 9. Dezember 2019 geleistet habe, gelte das am 18. November 2019 eingereichte Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ohne Gegenbericht innert Frist als zurückgezogen. Die Beschwerdeführerin liess sich daraufhin nicht vernehmen.

Mit Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2020 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 5. Februar 2020 edierte der Instruktionsrichter die Akten des Sozialdienstes (Eingang: 17. Februar 2020 [act. III]). Mit prozessleitender Verfügung vom 17. Februar 2020 wurde den Parteien der Eingang der Akten angezeigt und ihnen Frist gesetzt, eine allfällige weitere Eingabe anzuzeigen. Mit prozessleitender Verfügung vom

18. Februar 2020 wurden die Akten der Beschwerdegegnerin (auf deren Gesuch hin) zur Einsichtnahme zugestellt.

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 4. Oktober 2019 (act. II 194). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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

2.1.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.1.2 Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist jedoch noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.1.3 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 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).

3.

3.1 Bis zum Erlass der – die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden – angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2019 (act. II 194; BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.1.1 Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 24. April 2014 (act. II 11) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Somatisierungsstörung mit gastrointestinaler Symptomatik (ICD-10 F45.0), eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Störung des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.24), eine protrahierte Trauerreaktion einer Jugendlichen auf diverse Verluste im Familiensystem sowie einen Status nach sexuellem Missbrauch mit 16 Jahren, den Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) sowie eine Polyallergie fest (S. 2). Durch die starke Ermüdbarkeit und das chronische Gefühl der Erschöpfung, das Gefühl des Distresses komme es oft zu Schulabsenzen. Ebenso leide die Beschwerdeführerin sehr oft an grippalen Infekten DD: Allergie mit gastro-

intestinaler Beteiligung. Sie könne dann deswegen die Schule nicht besuchen. Ebenso bestehe eine Konzentrationsschwäche aktuell noch unklarer Ätiologie. Aktuell betrage die Arbeitsunfähigkeit 60%. Ein langsamer Aufbau von 10% mehr pro 2 Monate sollte je nach Verlauf möglich sein (S. 4). Die Beschwerdeführerin sei Schülerin und benötige angesichts der Leistungseinschränkung die Begleitung von IV-Eingliederungsfachpersonen (S. 5).

3.1.2 Dr. med. F. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt im bei der Beschwerdegegnerin am 24. September 2014 (act. II 32) eingegangenen Bericht fest, die wichtigen Diagnosen seien psychiatrischer Natur; entsprechend lägen wenige Befunde vor, insbesondere da sich die Symptomatik über mehrere Jahre nicht habe einordnen lassen (S. 2).

3.1.3 Im „Allergologiebericht“ vom 21. November 2014 (act. II 39 S. 4 – 7) hielt Prof. Dr. med. G. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Allergologie und klinische Immunologie, fest, die geklagten Respirationsbeschwerden wie auch Schleimhautempfindungen dürften einerseits durch die Atopie (Allergie), andererseits aber auch durch einen Antikörpermangel bedingt sein (S. 7).

3.1.4 Im Bericht vom 16. Juli 2015 (act. II 66 S. 1 – 6) hielt Dr. med. D. _____ als Diagnose neu und zusätzlich zu den bisherigen Diagnosen (vgl. act. II 11 S. 2) eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1), DD: Somatisierungsstörung mit gastrointestinaler Symptomatik, fest. Der Gesundheitszustand sei stationär. Im Rahmen der IV-Integrationsmassnahme habe die Beschwerdeführerin viele Abwesenheiten, wohl am ehesten aufgrund von Symptomen der sozialen Phobie. Die Beschwerdeführerin berichte dann über vegetative Symptome, die durch die Angststörung ausgelöst würden; sekundär komme es dann zu einem Vermeidungsverhalten (S. 2). Die beruflichen Massnahmen seien dringend fortzuführen und auf die sozialphobischen Faktoren spezifisch einzugehen (S. 4). Der Beschwerdeführerin sei eine Präsenzzeit von 50% im geschützten Rahmen mit vorsichtiger Steigerung von 10% pro Monat zumutbar (S. 5).

3.1.5 Im polydisziplinären, auf einer internistischen und psychiatrischen Abklärung beruhenden sowie unter Beizug der Hilfsdisziplin der Neuropsy-

chologie erstellten Gutachten der MEDAS vom 20. Januar 2016 (act. II 85.1 – 85.4) wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 85.1 S. 22 f.):

Mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)
- Soziale Phobie (ICD-10 F40.1)
- Somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3)
- Verdacht auf einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0)

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert

- Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.0)
- Alters- und ausbildungsadäquate kognitive Leistungsfähigkeit mit isolierter Rechenschwäche
- Atopie
- Antikörpermangelsyndrom
- Status nach Eisenmangel ohne Anämie
- Status nach Commotio cerebri 12/2012
- Status nach Teilruptur des skapholunären Ligamentes nach Töffsturz .../2011
- Status nach lumbospondylogem Reizsyndrom 03/2012
- Status nach zervikozephallem Schmerzsyndrom mit Spannungskopfschmerzen 10/2010
- Aktuell abklingender Herpes zoster thorakolumbal

In der Beurteilung hielten die Gutachter fest, die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit seien hauptsächlich auf die selbstunsicheren, vermeidenden und ängstlichen Persönlichkeitszüge respektive die soziale Phobie zurückzuführen. Diese psychischen Störungen bewirkten eine deutlich verminderte Belastbarkeit. Entsprechend schwierig sei der Umgang mit Schmerz und Krankheit. Gegenwärtig müsse aufgrund der verminderten Belastbarkeit mit Vermeidungsverhalten von einer 30 bis 40%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin müsste eine Tätigkeit ausüben können, welche nur sehr wenig Kontakt mit anderen Menschen beinhalte, in einem kleinen Team oder aber mit Kindern, in einem familiären Rahmen. Die zuletzt ausgeführte Tätigkeit mit ... schein diesbezüglich ebenfalls geeignet gewesen zu sein. Die Beschwerdeführerin schaue auf mehrere misslungene Versuche zurück, eine Ausbildung zu machen oder sich im Arbeitsalltag zurecht zu finden. Die intellektuellen Leistungen hätten in der neuropsychologischen Abklärung eine Rechen-

schwäche gezeigt mit sonst normal intellektuellen Fähigkeiten. Sofern die Beschwerdeführerin eine Tätigkeit finde, welche ihrem Belastungsprofil entspreche, sei es durchaus denkbar, dass sie längerfristig 80 bis 100% arbeitsfähig sein werde (S. 23). Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe eine 100%ig verwertbare Arbeitsfähigkeit, jedoch sollten Arbeitsplätze mit der Gefahr erhöhter Infektneigung sowie mit erhöhter Allergenexposition gemieden werden (S. 23 f.). Da die Motivation der Beschwerdeführerin genügend hoch sei, werde die Wiederaufnahme und Einleitung engmaschig betreuter beruflicher Massnahmen dringend empfohlen (S. 24).

3.1.6 Mit Bericht vom 10. Juni 2016 (act. II 107) hielt Prof. Dr. med. G._____ fest, von somatischer bzw. allergologischer Seite liege keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 2).

3.1.7 Dr. med. D._____ hielt im Bericht vom 6. Dezember 2016 (act. II 119) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), eine soziale Phobie (ICD-10 F40.1) sowie eine Somatisierungsstörung mit gastrointestinaler Symptomatik (ICD-10 F45.3) fest (S. 2). Die Belastbarkeit sei um 60 – 70% eingeschränkt; die Beschwerdeführerin müsste vorsichtig auftrainiert werden (S. 4). Es finde zweimal pro Monat eine integrierte psychiatrische Behandlung statt. Ob und wie therapiefähig die Beschwerdeführerin sei, werde der Verlauf weisen (S. 3).

3.1.8 Der RAD-Arzt Dr. med. B._____ hielt im Bericht vom 23. Januar 2017 (act. II 121) fest, die psychiatrisch-gutachterlich empfohlenen Behandlungsmassnahmen schienen nicht (psychopharmakologische Behandlung) oder zumindest nicht vollständig (psychotherapeutische Behandlung) umgesetzt worden zu sein, wobei die Gründe dafür nicht bekannt seien. Die psychiatrische Situation sei anhand der Akten unklar, weshalb eine Begutachtung notwendig sei (S. 9).

3.1.9 Mit Bericht vom 20. Juni 2017 (act. II 132) bestätigte Dr. med. D._____ die bisherigen Diagnosen (S. 1). Aktuell sei die Beschwerdeführerin im vierten Monat schwanger (S. 2). Die aktuelle Therapie sei beschränkt auf die zweimal monatlich stattfindende integrierte psychiatrische

Behandlung (S. 3). Aufgrund der Schwangerschaft werde ein Einstieg in die berufliche Eingliederung erst mittel- bis langfristig möglich sein (S. 4).

3.1.10 Im Bericht der Spital H. _____ AG vom 26. September 2017 (act. II 138) wurde festgehalten, es sei vom 8. August bis am 22. September 2017 in der Tagesklinik eine integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erfolgt (S. 3). Eine Eingliederung sei aufgrund der gegenwärtigen Schwangerschaft nicht sinnvoll (S. 4).

3.1.11 Dr. med. D. _____ hielt im Bericht vom 21. Februar 2018 (act. II 147) fest, der Gesundheitszustand sei stationär (S. 2). Auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehe bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3), berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt (S. 5).

3.1.12 Dr. med. E. _____ hielt im psychiatrischen Gutachten vom 29. September 2018 (act. II 164.1) die folgenden Diagnosen fest (S. 19):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Soziale Phobie (ICD 10 F40.1), aktuell leichte Ausprägung
- Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD 10 F45.1)
- Gemäss neuropsychologischem Gutachten vom 29. Oktober 2015: isolierte Rechenschwäche

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Ängstliche, unreife und impulsive Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.0)

In der Beurteilung hielt Dr. med. E. _____ fest, im Rahmen der aktuellen Untersuchung hätten die Befunde soziale Ängste mit Vermeidungsverhalten, Somatisierungstendenz, reduzierte Konflikt- und Kritikfähigkeit sowie Impulsivität objektiviert werden können (S. 23). Für die bisher ausgeübte Tätigkeit als Hausfrau beständen keinerlei gesundheitliche Einschränkungen. Aufgrund der geschilderten gesundheitlichen Einschränkungen bestehe für eine angepasste ausserhäusliche berufliche Tätigkeit eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von maximal 30% ohne Minderung der Leistungsfähigkeit. Aufgrund der Rechenschwäche seien für die Beschwerdeführerin Tätigkeiten nicht geeignet, die in grösserem Umfang mit mathematischen Aufgaben verbunden seien. Ebenso seien Aufgaben in Gruppen/Teams und im direkten Kundenkontakt aufgrund der sozialen

Ängste weniger geeignet. Die Beschwerdeführerin profitiere von einem wohlwollenden Umfeld mit festen Bezugspersonen. Sie verfüge über vielseitige Interessen, was als Ressource zu bewerten sei. Die Weiterführung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sei angezeigt. Gegebenenfalls sollten im Verlauf eine erneute Gruppentherapie gegen soziale Ängste und der Einsatz von Psychopharmaka neu evaluiert werden. Hier seien die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft worden. Die Situation als alleinerziehende Mutter sei als invaliditätsfremder Faktor zu bewerten (S. 24).

3.1.13 Mit „Richtigstellung betreffend des Gutachtens von Frau Dr. E. _____“ betiteltm Schreiben vom 21. Januar 2019 (act. II 174 S. 2 – 7) kritisiert Dr. med. D. _____ diverse Punkte im Administrativgutachten. Aus seiner Sicht sei an den im Gutachten der MEDAS vom 20. Januar 2016 gestellten Diagnosen festzuhalten. Die Arbeitsunfähigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht 50%, wobei die „somatische Sicht“ nicht einbezogen sei (S. 6).

Dr. med. E. _____ nahm im Bericht vom 15. März 2019 (act. II 178.1) zu den Ausführungen von Dr. med. D. _____ Stellung und bestätigte ihre Einschätzung im Gutachten vom 29. September 2018 (S. 5).

3.2

3.2.1 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweismittelprüfung 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).

3.2.2 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 Das Gutachten der MEDAS vom 20. Januar 2016 (act. II 85.1 ff.) und das psychiatrische Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 29. September 2018 (act. II 164.1) erfüllen grundsätzlich die Voraussetzungen an den Beweiswert ärztlicher Berichte (vgl. E. 3.2.2 vorne) und es lassen sich gestützt auf diese Expertisen die vorliegend relevanten Tat- und Rechtsfragen zuverlässig und abschliessend beurteilen (vgl. E. 3.2.1 vorne).

Was die Beschwerdeführerin unter Verweis auf den Bericht von Dr. med. D. _____ vom 21. Januar 2019 (act. II 174 S. 2 – 7) gegen das Gutachten von Dr. med. E. _____ ins Feld führt, dringt nicht durch: Zu beachten ist zunächst, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits 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). Soweit die Kritik von Dr. med. D. _____ im Bericht vom 21. Januar 2019 überhaupt solche Aspekte beschlägt, so hat sie Dr. med. E. _____ in ihrer Stellungnahme vom 15. März 2019 (act. II 178.1), auf welche verwiesen werden kann, überzeugend entkräftet. Hervorzuheben ist, dass Dr. med. E. _____ die in der Expertise der MEDAS gestellte Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) bereits in ihrem Gutachten vom 29. September 2018 (act. II 164.1) mit schlüssiger Begründung

verworfen hat (vgl. S. 20 f.). Wenn Dr. med. D. _____ dies kritisiert (act. II 174 S. 5) und an dieser Diagnose festhalten will (S. 6), so ist in Erinnerung zu rufen, dass auch er in seinen Berichten anfänglich keine Persönlichkeitsstörung festhielt (act. II 11 S. 2; 66 S. 2), sondern die Diagnose erst nach Vorliegen des Gutachtens der MEDAS übernahm. Im Übrigen bildet wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 14. Mai 2019, 9C_190/2019, E. 3.1). Dr. med. D. _____ legt nicht dar und es ist nicht ersichtlich, dass Dr. med. E. _____ hierbei nicht lege artis vorgegangen wäre. Im Übrigen zielt die Kritik des behandelnden Psychiaters denn auch in erster Linie auf die von der Gutachterin getroffene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab. Dabei scheint er zu übersehen, dass auch in der Expertise der MEDAS, welche er für massgeblich hält (act. II 174 S. 6), interdisziplinär eine Arbeitsunfähigkeit von 30 – 40% bescheinigt und längerfristig gar eine Arbeitsfähigkeit von 80 – 100% für möglich gehalten wurde (act. II 85.1 S. 23), was sich mit der Einschätzung von Dr. med. E. _____ einer maximal 30%igen Arbeitsunfähigkeit in hohem Mass deckt. Ohnehin ist die bei Folgenabschätzungen inhärente Variabilität und Ermessensgebundenheit (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195) zu respektieren, wenn das Gutachten – wie hier – den beweismässigen Anforderungen genügt. Selbst wenn dies ausgeblendet würde, vermöchten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen von Dr. med. D. _____ nicht zu überzeugen, nachdem er im Bericht vom 21. Februar 2018 (act. II 147 S. 3) trotz als stationär beschriebenen Gesundheitszustand und in Abkehr von früheren Einschätzungen (act. II 11 S. 4; 66 S. 5; 119 S. 4) erstmals eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte. Soweit er dies mit der Mutterrolle der Beschwerdeführerin begründet (act. II 174 S. 6 f.), stellt dies mit Dr. med. E. _____ (act. II 178 S. 5) kein massgebliches medizinisches Kriterium dar und kann deshalb nicht berücksichtigt werden. Schliesslich ist in Anbetracht des Umstands, dass Dr. med. D. _____ sich von Anbeginn weg stark für die Interessen der Beschwerdeführerin einsetzte (vgl. div. Protokolleinträge [in den Gerichtsakten]) und im Schreiben vom 21. Januar 2019 (act. II 174 S. 2 – 6) für sie deutlich Partei ergreift, auch der Tatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten

ihrer Patienten aussagen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4).

3.4 Zusammenfassend ist in Bezug auf die medizinische Situation auf die im Gutachten der MEDAS vom 20. Januar 2016 (act. II 85.1 ff.) und im Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 29. September 2018 (act. II 164.1) enthaltenen tatsächlichen Feststellungen abzustellen (vgl. im Übrigen auch E. 4.3 hinten). Dabei ist – mit Blick auf die in E. 3.1 vorne dargelegte Aktenlage – sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht von einem im Längsschnitt respektive bis zur angefochtenen Verfügung vom 4. Oktober 2019 im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustand auszugehen. Auch ist aufgrund der Akten erstellt, dass in somatischer Hinsicht zwar eine qualitative Einschränkung dahingehend besteht, als Arbeitsplätze mit der Gefahr erhöhter Infektneigung und Allergieexposition vermieden werden sollten (act. II 85.1 S. 22), in quantitativer Hinsicht jedoch zu keinem Zeitpunkt eine längerdauernde (Art. 88a der Verordnung vom 17. Januar 1966 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]) Arbeitsunfähigkeit bestand (vgl. auch act. II 107 S. 2). Demgegenüber wurde in psychischer Hinsicht konstant eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt (vgl. E. 3.1 vorne), welche im Gutachten der MEDAS mit 30 – 40% (steigerbar längerfristig auf 80 – 100% [act. II 85.1 S. 23]) und durch Dr. med. E. _____ mit maximal 30% (act. II 164.1 S. 26) beziffert wurde. Zu prüfen bleibt, ob diese, mit Blick auf den im Wesentlichen konstanten Verlauf der Gesundheitsbeeinträchtigung für den gesamten Beurteilungszeitraum gültige Einschätzung eine Invalidität (vgl. E. 2.1.1 vorne) begründet, d.h. aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht massgeblich ist.

4.

4.1

4.1.1 Es ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrach-

tungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

4.1.2 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).

4.1.3 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. Trifft dies zu, 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).

4.2

4.2.1 Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung „nach besserem juristischen Wissen und Gewissen“ darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

4.2.2 Zur Grenzziehung zwischen der freien Überprüfung durch die rechtsanwendende Stelle in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 auf der einen und unzulässiger juristischer Parallelbeurteilung auf der anderen Seite hat das Bundesgericht Folgendes festgehalten: Von einer *lege artis*, normorientierten, d.h. nach Massgabe von BGE 141 V 281 erfolgten medizinischen Schätzung ist aus triftigen Gründen abzuweichen. Solche liegen vor, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt. Dabei ist zu beachten, dass die ärztliche Beurteilung Ermessenszüge aufweist, die auch den Rechtsanwender begrenzen. Für die Prüfung der Frage, ob und inwieweit die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben, ist erforderlich, dass die Sachverständigen substantiiert darlegen, aus welchen medizinisch-psychiatrischen Gründen die erhobenen Befunde das funktionelle Leistungsvermögen und die psychischen Ressourcen in qualitativer, quantitativer und zeitlicher Hin-

sicht zu schmälern vermögen. Insbesondere hat der medizinisch-psychiatrische Sachverständige darzutun, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde die beruflich-erwerbliche Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, und zwar – zu Vergleichs-, Plausibilisierungs- und Kontrollzwecken – unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten der rentenansprechenden Person. Kommen die Experten dieser Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nach, wird die medizinisch-psychiatrische Folgenabschätzung auch aus der juristischen Sicht des Rechtsanwenders Bestand haben (BGE 145 V 361 E. 4.3 S. 368). Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

4.3 Die von Dr. med. E. _____ gestellten Diagnosen einer (auch im Rahmen des Gutachtens der MEDAS festgestellten) sozialen Phobie (ICD 10 F40.1), aktuell leichte Ausprägung sowie einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD 10 F45.1) sind in Bezug auf die klassifikatorischen Vorgaben grundsätzlich schlüssig und nachvollziehbar begründet (vgl. act. II 164.1 S. 20 – 22; E. 2.1.2 und 4.1.2 vorne). Ferner hat Dr. med. E. _____ mit überzeugender und nachvollziehbarer Begründung das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0) verneint (vgl. S. 20 f.; E. 3.3 vorne). Dasselbe gilt in Bezug auf die im Gutachten der MEDAS – wenngleich allein verdachtsweise (act. II 85.1 S. 22; zum Begriff der Verdachtsdiagnose, vgl. PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 406) – diagnostizierte einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0; act. II 164.1 S. 22). Ob in diagnostischer Hinsicht im Weiteren von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1; act. II 164.1 S. 19) oder aber einer somatoformen autonomen Funktionsstörung (ICD-10 F45.3; act. II 85.1 S. 22) auszugehen ist, kann offen bleiben, weil mit der Diagnose noch nichts über den invalidisierenden Charakter des Gesundheitsschadens gesagt ist (vgl. E. 2.1.2 vorne) und unbesehen dessen das strukturierte Beweisverfahren durchzuführen ist (vgl. E. 4.2.1 vorne), zumal nicht bereits Ausschlussgründe vorliegen (act. II 85.1 S. 24; 164.1 S. 15; vgl. E. 4.1.3 vorne). Die Gut-

achten hatten sich nicht (so die Expertise der MEDAS) bzw. nur annähernd (Expertise von Dr. med. E. _____) an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert (vgl. Entscheid des BGer vom 7. Februar 2020, 8C_423/2019, E. 3.2.3 e contrario), weshalb die Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit von den Organen der Rechtsanwendung vertieft zu prüfen sind (vgl. E. 4.1.3 vorne).

4.4

4.4.1 Zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) ist zunächst festzuhalten, dass die diagnoserelevanten Befunde insgesamt gering ausgeprägt sind. Sowohl die Experten der MEDAS (act. II 85.1 S. 20) wie auch Dr. med. E. _____ (act. II 164.1 S. 23) führten die (dauerhaften) Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit im Wesentlichen auf die soziale Phobie und die damit in Zusammenhang gebrachten Einschränkungen zurück. Dabei ist festzuhalten, dass Dr. med. E. _____ insoweit nur eine leichte Ausprägung feststellte (S. 19) und sie namentlich darauf hinwies, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung keinerlei Anzeichen von (im psychiatrischen Gutachten ausdrücklich aufgeführten [S. 15]) sozialen Ängsten gezeigt habe und ebenfalls ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten nicht zu objektivieren gewesen sei (S. 20). Ferner sind dem im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung in der MEDAS erhobenen (insgesamt wenig pathologische Befunde aufweisenden) Psychostatus keine expliziten Hinweise auf soziale Ängste zu entnehmen; gegenteils wurde auf vorhandene soziale Kontakte hingewiesen (act. II 85.3 S. 7). Weiter hielt die Expertin gestützt auf ihre Beobachtungen bereits damals fest, die Beschwerdeführerin mache einen ruhigen und gelassenen Eindruck (S. 8). Wenn sie dennoch zur Beurteilung gelangte, der zwischenmenschliche Umgang sei durch Angst und Rückzug geprägt und die Beschwerdeführerin leide unter Angst und Vermeidungsverhalten (S. 10), so basiert dies namentlich auf deren subjektiven Angaben. Selbst wenn berücksichtigt würde, dass die geltend gemachte Beeinträchtigung nicht anders als auf der Grundlage anamnestischer Erhebungen festgestellt werden könnte, so bliebe darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin in den Alltagsaktivitäten keinerlei Probleme geltend machte (act. II 85.1 S. 14; 85.3 S. 6),

ausdrücklich gerne mit Menschen zusammen arbeitete (act. II 85.1 S. 14), über ein intaktes und als gut beschriebenes soziales Netz verfügte (act. II 85.1 S. 14) und darüber hinaus in einem ...verein Mitglied war (act. II 85.1 S. 17), welche Umstände – auf die im Rahmen der Konsistenz zurückzukommen sein wird (vgl. E. 4.4.6 hinten) – gegen eine erhebliche Ausprägung der Befunde sprechen. Daran hat sich gestützt auf das Gutachten von Dr. med. E. _____ – wie eingangs dargelegt – im weiteren Verlauf nichts geändert, zumal die Gutachterin der Beschwerdeführerin ein selbstbewusstes Auftreten bescheinigte (act. II 164.1 S. 15); auch ... die Beschwerdeführerin gerne und würde gerne wieder ... betreiben (S. 13), welche Aktivitäten zwangsläufig soziale Interaktionen mit sich bringen. Auch ist es ihr gemäss Feststellungen im Gutachten von Dr. med. E. _____ möglich, komplexe Aufgaben mit hohen Anforderungen an die soziale Kompetenz auszuüben (S. 20). Nach dem Dargelegten erweist sich eine erhebliche Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde der sozialen Angst und des daraus resultierenden Vermeidungsverhaltens mit verminderter Belastbarkeit respektive eine erhebliche bzw. unüberwindbare (vgl. E. 2.1.3 vorne) Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens als nicht plausibel.

Diese Schlussfolgerung gilt auch hinsichtlich der (von der Gutachterin der MEDAS und Dr. med. E. _____ jeweils unterschiedlich klassifizierten) Somatisierungsstörung, treten gemäss Angaben der Beschwerdeführerin die diversen, sich somatisch manifestierenden Symptome doch einzig im Verbund mit der sozialen Phobie, mithin (im Lichte des hiervor Dargelegten) punktuell und in einer die Leistungsfähigkeit nicht dauerhaft einschränkenden Weise auf (vgl. act. II 164.1 S. 21). Im Übrigen gab die Beschwerdeführerin sowohl anlässlich der Begutachtung in der MEDAS als auch gegenüber Dr. med. E. _____ an, die Infekthäufigkeit sei zurückgegangen (vgl. act. II 85.1 S. 15; 164.1 S. 8).

4.4.2 In Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist Folgendes festzuhalten:

4.4.2.1 Nach der Rechtsprechung sagt die Therapierbarkeit eines Leidens für sich allein nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung aus (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412). Gleichwohl gilt die

Frage, ob eine Therapie durchgeführt wird, als Indiz für den Leidensdruck der versicherten Person und damit den Schweregrad der Störung (BGE 143 V 409 E. 4.2.1 S. 412 und E. 4.4 S. 414).

Gemäss Dr. med. D._____ erfolgte ab März 2014 eine integrierte psychiatrische Behandlung (act. II 11 S. 3), welche im September 2015 „im gegenseitigen Einvernehmen“ beendet wurde, wobei ab diesem Zeitpunkt auch keine medikamentöse Behandlung (mehr) erfolgte (act. II 85.1 S. 17). Im Gutachten der MEDAS vom 20. Januar 2016 wurden sodann diverse medizinische Massnahmen vorgeschlagen (act. II 85.1 S. 24). Gemäss „Übertragungsbericht“ des Sozialdienstes vom 12. November 2018 (act. III 50 – 54) leitete Dr. med. D._____ im Oktober 2016 ein „Intensivtherapieprogramm“ in die Wege (S. 51), welches zum Abbruch der beruflichen Massnahmen führte (vgl. act. II 113 S. 3; E. 4.4.2.2 sogleich). Gegenüber der Beschwerdegegnerin gab Dr. med. D._____ an, Art und Umfang der Therapie umfassten eine zweimal pro Monat durchgeführte integrierte psychiatrische Behandlung (act. II 119 S. 3; 132 S. 2). Gemäss den im Protokolleintrag vom 6. März 2017 (in den Gerichtsakten) festgehaltenen Angaben von Dr. med. D._____ habe die Beschwerdeführerin „auch die psychiatrischen Behandlungstermine“ in seiner Arztpraxis wiederholt wegen Krankheit abgesagt, so dass die Frequenz bei ca. einer Behandlung pro Monat gelegen habe; und wenn sie dann anwesend gewesen sei, habe sie v.a. über Alltagsthemen gesprochen. Der RAD-Arzt Dr. med. B._____ konstatierte im Bericht vom 23. Januar 2017 deshalb zutreffend, die gutachterlich empfohlenen Behandlungsmassnahmen seien nicht oder ungenügend umgesetzt worden (act. II 121 S. 9). Wie die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. E._____ sodann festhielt, habe Dr. med. D._____ auch eine Behandlung in der Tagesklinik in ... vorgeschlagen. Dort habe sie aufgrund der Schwangerschaft nur acht Wochen an der Therapie teilnehmen können (vgl. auch act. II 138 S. 3). Die Therapien dort seien für die Beschwerdeführerin auch sehr viel Wiederholung gewesen, da man ihr als Kind bereits ähnliche Dinge in der Therapie erzählt habe. Die Idee mit der Tagesklinik sei aufgekommen, nachdem der Aufbau eines „ambulanten Netzwerkes“ gescheitert sei. Ihr habe die Maltherapie jedoch nicht zugesagt und sie sei aus der Gruppe gegen soziale Phobie aufgrund ihrer Fehltermine „rausgeflogen“. In einer anderen Thera-

piegruppe habe sie keinen Platz bekommen (act. II 164.1 S. 14). Im Übrigen erachtete Dr. med. E._____ die Weiterführung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung als angezeigt, wobei im Verlauf eine erneute Gruppentherapie gegen soziale Ängste und der Einsatz von Psychopharmaka neu evaluiert werden müsse. Hier seien die therapeutischen Möglichkeiten noch nicht ausgeschöpft worden (S. 24). Doch auch insoweit ist eine Umsetzung, soweit ersichtlich, nicht hinreichend erfolgt, nahm die Beschwerdeführerin im Jahr 2019 doch allein eine psychiatrische Behandlung pro Monat in Anspruch (vgl. act. III 30).

Soweit überhaupt psychiatrische Behandlungen erfolgten, wurden sie demnach nicht im gutachterlich als indiziert (und zumutbar) erachteten Sinne umgesetzt. Auch waren mit Blick auf das Dargelegte motivationale Beweggründe der Beschwerdeführerin respektive eine nicht optimale Compliance für das bisherige Scheitern der durchgeführten Behandlungen zumindest mitverantwortlich. So oder anders lassen Qualität und Quantität der in Anspruch genommenen Behandlungen nicht auf einen erheblichen Leidensdruck schliessen.

4.4.2.2 Sodann ergeben sich Rückschlüsse auf den Schweregrad einer Gesundheitsschädigung auch aus der Eingliederung im Rechtssinne, hat sich die versicherte Person in beruflicher Hinsicht doch primär selbst einzugliedern und, soweit angezeigt, an entsprechenden Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen teilzunehmen. Fallen solche Massnahmen nach ärztlicher Einschätzung in Betracht, bietet die Durchführungsstelle dazu Hand und nimmt die rentenansprechende Person dennoch nicht daran teil, gilt dies als starkes Indiz für eine nicht invalidisierende Beeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 300).

Im Bericht vom 24. April 2014 befürwortete Dr. med. D._____ Massnahmen für die berufliche Eingliederung (act. II 11 S. 5). In der Folge gewährte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin im März 2015 ein erstes Belastbarkeitstraining in der Stiftung I._____ (act. II 45), welches abgebrochen werden musste. Dem Protokolleintrag vom 4. Juni 2015 (in den Gerichtsakten) lässt sich insoweit entnehmen, weder sei der Einsatzbereich thematisch ideal noch sei die Beschwerdeführerin bereit gewesen, sich über die psychosomatischen Beschwerden hinwegzusetzen

und im Training präsent zu sein. Nachdem die Beschwerdeführerin auf ihre Mitwirkungspflicht aufmerksam gemacht worden war (act. II 48), gewährte die Beschwerdegegnerin ein zweites Belastbarkeitstraining in der Stiftung I. _____ (act. II 54). In der Zielvereinbarung verpflichtete sich die Beschwerdeführerin u.a. zu Pünktlichkeit, regelmässiger Präsenz und zum „Überwinden von Unwohlsein -> Trotzdem Präsenz zeigen“ (act. II 51 S. 2). Dennoch war das Belastbarkeitstraining durch eine „Vielzahl von Unregelmässigkeiten und Absenzen“ geprägt (act. II 68 S. 2; 74 S. 8 f.). Für sechs Absenzen legte die Beschwerdeführerin zwar Arztzeugnisse vor (act. II 74 S. 10 – 13), jedoch geht aus diesen nicht hervor, ob effektiv invalidenversicherungsrechtlich relevante Gründe zum Fernbleiben vom Belastbarkeitstraining geführt haben. Dem Protokolleintrag vom 15. Juni 2015 (in den Gerichtsakten) lässt sich einerseits entnehmen, dass Dr. med. D. _____ auf die Wichtigkeit der Integrationsmassnahme hinwies, andererseits die Beschwerdeführerin ins Feld führte, sie brauche eine Auszeit und möchte verreisen, wobei die Eingliederungsfachperson festhielt, sie scheine insgesamt wenig Motivation für ein Belastbarkeitstraining aufbringen zu können.

In der Expertise der MEDAS vom 20. Januar 2016 wurde im interdisziplinären Konsens die Wiederaufnahme und Einleitung engmaschig betreuter beruflicher Massnahmen als dringend empfohlen (act. II 85.1 S. 24), woraufhin die Beschwerdegegnerin ein Arbeitstraining mit Jobcoaching gewährte (act. II 100) respektive die Kosten für die Berufswahlabklärung bei den C. _____ übernahm (act. II 109). Diese Massnahme wurde aufgrund einer vom behandelnden Psychiater in die Wege geleiteten Therapie im Oktober 2016 abgebrochen (act. II 113 S. 3; act. III 51; Protokolleintrag vom 16. November 2016 [in den Gerichtsakten]). Dabei bestehen in den Akten keine Anhaltspunkte, welche auf eine medizinische Indikation für den Abbruch der beruflichen Massnahmen schliessen lassen. Eine medizinische Begründung für den Abbruch fehlt. Zudem liegen auch keine Hinweise dafür vor, dass sich seit der ersten Begutachtung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt hätte, welche eine sofortige therapeutische Intervention erforderlich gemacht hätte. Im weiteren Verlauf wurden keine Eingliederungsmassnahmen mehr durchgeführt, zumal die Beschwerdeführerin Anfangs 2017 schwanger wurde. Im ... 2017 gebar sie

einen Sohn und hielt insoweit fest, sie habe mit der Mutterrolle „ihre Aufgabe im Leben“ gefunden (act. II 164.1 S. 12).

Obgleich sowohl der behandelnde Arzt Dr. med. D. _____ als auch die begutachtenden Ärzte berufliche Massnahmen als notwendig und zumutbar erachteten, kooperierte die Beschwerdeführerin entweder nicht genügend oder brach die Massnahmen ab, ohne dass dies aus medizinischer Sicht erforderlich gewesen wäre. Damit liegt ein gewichtiges Indiz gegen das Vorliegen einer invalidisierenden Störung bzw. einer massgeblichen Schwere vor. Soweit sich die Beschwerdeführerin mit Blick auf ihre Mutterrolle eine zusätzliche berufliche Tätigkeit (und in der Folge auch berufliche Massnahmen) aus zeitlichen Gründen nicht mehr vorstellen kann (vgl. act. II 164.1 S. 10; act. III 46; 64), bleibt dies invalidenversicherungsrechtlich unbeachtlich (vgl. auch E. 4.6 hinten).

4.4.3 Sodann ergeben sich aus den Gutachten keine Hinweise auf eine erhebliche ressourcenraubende somatische oder psychische Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300). Insbesondere hat Dr. med. E. _____ mit überzeugender Begründung das Vorliegen sowohl einer Persönlichkeitsstörung (vgl. E. 3.3 vorne) als auch einer (im Gutachten der MEDAS allein verdachtsweise diagnostizierten [act. II 81.1 S. 22]) ADHS verneint und interpretierte die dysfunktionalen Verhaltensweisen (insbesondere das Vermeidungsverhalten mit verminderter Belastbarkeit) im Rahmen der sozialen Phobie und der undifferenzierten Somatisierungsstörung (act. II 164.1 S. 20). Sodann fallen die als Z-Diagnosen klassifizierten ängstlichen, unreifen und impulsiven Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.0) nicht unter den Begriff der invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen (Entscheid des BGer vom 12. November 2019, 9C_542/2019, E. 3.2); sie sind jedoch im Rahmen der Persönlichkeitsdiagnostik zu würdigen (vgl. Entscheid des BGer vom 2. April 2019, 8C_592/2018, E. 4.3).

4.4.4 In Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ist dem Gutachten von Dr. med. E. _____ (vgl. bereits auch E. 4.4.3 hiervoor) zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin z.B. in der Lage war, im Rahmen eines sozialen Jahres eigenständig Kinder zu

betreuen und Haushaltsarbeiten zu erledigen. Diese Aufgaben hat sie gemäss ihren eigenen Angaben zur vollen Zufriedenheit der Familien erfüllt und sie ist selbst sehr gut mit diesen Aufgaben zurechtgekommen. Der Beschwerdeführerin war es also möglich, komplexe Aufgaben mit hohen Anforderungen an die soziale Kompetenz, Verantwortungsbewusstsein und Belastbarkeit auszuüben. Auch kommt sie mit der anspruchsvollen Aufgabe als alleinerziehende Mutter gut zurecht. Die Beschwerdeführerin hat einen Freundeskreis und ist sozial integriert. In der Schule hat sie die Klassen bis zum 9. Schuljahr erfolgreich absolvieren können (act. II 164.1 S. 20 f.). Diese gutachterlichen Ausführungen werden dadurch bestätigt, dass ein im April 2018 von der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) im Hinblick auf allenfalls notwendige autoritative Massnahmen zur Unterstützung der Beschwerdeführerin, insbesondere auch in der Betreuung ihres Sohnes, eingeleitetes Erwachsenenschutzverfahren, welches insbesondere auch die Abklärung deren gesundheitlichen Situation zum Gegenstand hatte (vgl. act. III 147), ohne Anordnung einer Massnahme abgeschlossen wurde (act. III 145). Die gestützt auf Art. 308 Abs. 2 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (ZGB; SR 210) im Hinblick auf die Klärung der Vaterschaft des Sohnes (act. III 200) errichtete Beistandschaft wurde mit Entscheid vom 31. Januar 2019 aufgehoben (vgl. act. III 198). Es bestehen keine Anzeichen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer anspruchsvollen Rolle als alleinerziehende Mutter nicht gut zu Recht kommt, was denn auch Dr. med. D._____ ausdrücklich bestätigte (act. II 174 S. 6 unten). Dies spricht entsprechend den Feststellungen von Dr. med. E._____ gegen erhebliche Defizite in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin.

Insgesamt vermögen die festgestellten ängstlichen, unreifen und impulsiven Persönlichkeitszüge somit keine relevanten (negativen) Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen zu zeitigen. Wesentliche ressourcenhemmende Eigenheiten der Persönlichkeit sind damit nicht auszumachen.

4.4.5 In Bezug auf den Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) folgt aus dem psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS, dass die Mutter für die Beschwerdeführerin eine wichtige Bezugsperson darstellt. Weiter kümmert sie sich gerne um ihren Halbbruder und pflegt

guten Kontakt zu „ca. 5 Freunden“, auf die sie sich verlassen kann (act. II 85.3 S. 11). Entsprechend schilderte die Beschwerdeführerin ihr soziales Netz als „intakt und gut“ (act. II 85.1 S. 14) respektive sie habe ein „grosses soziales Netz“ (S. 15). Gegenüber Dr. med. E. _____ gab sie an, sie habe wenige Freunde, diese seien aber „gute Leute“ (act. II 164.1 S. 13). Auch wenn die Beschwerdeführerin zumindest im Begutachtungszeitpunkt im August 2018 ohne festen Partner lebte (S. 13) – welcher Umstand jedoch mangels anderweitiger Hinweise in den Akten für die Beschwerdeführerin keine Belastung darzustellen scheint –, so bestehen namentlich keinerlei Hinweise dahingehend, dass das in den Gutachten aufgrund der anamnestischen Angaben festgestellte Vermeidungsverhalten zu einer (auch nur partiellen) sozialen Isolierung der Beschwerdeführerin geführt hätte (vgl. vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 193 f.). Im Gegenteil verfügt die Beschwerdeführerin insgesamt über eine hinreichende soziale Integration mit persönlichen Beziehungen, womit sich auch insoweit keine Hinweise auf eine erhebliche unüberwindbare Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens ergeben.

4.4.6 Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ist mit Blick auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303) Folgendes festzuhalten: Aufgrund der gutachterlichen Feststellungen liegt in Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit von maximal 30 – 40% (vgl. E. 3.4 vorne) vor. Diese korrespondiert nicht mit dem aktenkundigen Aktivitätenniveau der Beschwerdeführerin: Wie im psychiatrischen Teilgutachten der MEDAS festgehalten wurde, „liebt“ die Beschwerdeführerin Bewegung in Form von ... und ... sowie ihre Tätigkeit im ..., ... und mentales Training. Sie sei vielseitig interessiert, lese über Psychologie, Geschichte und Kulturen (act. II 85.3 S. 11). Im Wesentlichen dasselbe Bild ergibt sich aus dem Gutachten von Dr. med. E. _____, wonach die Beschwerdeführerin viele Interessen habe: ..., ..., ..., ..., ... und ... (act. II 164.1 S. 13). Wie in E. 4.4.1 vorne dargelegt, stimmt namentlich das mit der sozialen Phobie bzw. basierend auf den Angaben der Beschwerdefüh-

rerin begründete Vermeidungsverhalten nicht mit ihren anamnestischen Angaben zu gänzlich fehlenden Problemen im Alltag (act. II 85.3 S. 6) sowie mit ihren, soziale Interaktionen bedingenden Freizeitaktivitäten, überein. Insbesondere kann sich die Beschwerdeführerin „problemlos“ eine Tätigkeit mit hilfsbedürftigen Menschen oder Kindern in der Gruppe vorstellen und es gelinge ihr auch, sich von ihnen abzugrenzen (S. 5). Auch wenn die Beschwerdeführerin – wie im Gutachten der MEDAS festgehalten – Aktivitäten „unter vielen Menschen“ meide (S. 12), so kann daraus nicht ohne weiteres auf eine relevante Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens in Bezug auf den erwerblichen Bereich geschlossen werden, gibt es doch zahlreiche berufliche Tätigkeiten, welche geringe Anforderungen an die Gruppenfähigkeit oder die Kontaktfähigkeit zu Dritten stellen, welchen die Beschwerdeführerin im Alltag und in der Freizeit zu genügen vermag. Zu wiederholen bleibt schliesslich, dass die Beschwerdeführerin auch ihre verantwortungsvolle Rolle als alleinerziehende Mutter gut bewältigt (vgl. E. 4.4.4 vorne) und auf erhebliche Ressourcen in Form vielfältiger Interessen und eines intakten sozialen Netzes zurückgreifen kann. Demnach erweist sich eine (auch nur partiell) unüberwindbare Einschränkung des funktionellen Leistungsvermögens im erwerblichen Kontext respektive in Bezug auf den als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), welcher gekennzeichnet ist durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2), als nicht hinreichend plausibilisiert.

Schliesslich bestehen, wie bereits dargelegt, auch erhebliche Zweifel am behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), soweit die Beschwerdeführerin keine Therapien vornahm oder aber zu deren Scheitern beitrug (vgl. 4.4.2.1 vorne). Insbesondere aber kooperierte sie bei den von sämtlichen Ärzten als zumutbar und dringend indiziert erachteten beruflichen Eingliederungsmassnahmen jeweils nur ungenügend oder brach sie ab, ohne dass es hierfür medizinisch fassbare Ursachen gab (vgl. E. 4.4.2.2 vorne).

4.5 Zusammenfassend ist – im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 respektive einer objektivierten Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. E. 2.1.2 vorne) – die in den Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit und folglich eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität unter Miteinbezug der sonstigen persönlichen, familiären und sozialen Aktivitäten nicht plausibilisiert und unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der Beschwerdeführerin (vgl. E. 4.2.2 vorne) rechtlich nicht ausgewiesen. Eine Invalidität im Rechtssinne ist somit nicht erstellt (vgl. E. 2.1.1 vorne).

4.6 Bei diesem Ergebnis kann offen bleiben, ob die Beschwerdeführerin seit der Geburt ihres Sohnes im ... 2017 bzw. mit Blick auf ihre Angaben, wonach sie sich gänzlich ihrer Mutterrolle widme (act. II 164.1 S. 12), inzwischen als vollständig im Aufgabenbereich Tätige einzustufen wäre (Art. 28a Abs. 2 IVG), besteht doch jedenfalls keinerlei Einschränkung im Haushalt (vgl. S. 25) und damit auch in dieser Hinsicht keine Invalidität im Rechtssinne.

4.7 Die angefochtene Verfügung vom 4. Oktober 2019 ist demnach nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

5.

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

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, zu tragen. Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

5.2 Gemäss Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin nach allgemeinem sozialversicherungsrechtlichem Prozessgrundsatz keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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