

200 17 1090 IV  
KOJ/GET/LAB

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 20. Juli 2018**

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Schütz  
Gerichtsschreiber Germann

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. November 2017



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die ... geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ausgebildete ... und zuletzt bzw. bis Ende Juli 2016 als Mitarbeiterin in einer ... teilerwerbstätig, meldete sich im April 2016 unter Hinweis auf eine Hirnhautentzündung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin] [act. II] 19; 23 S. 2; 37 S. 9). Nachdem die IVB den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht abgeklärt und Berichte der behandelnden Ärzte beigezogen hatte, sprach sie der Versicherten Hilfsmittel in Form eines Rollstuhls mit Elektro-Hilfsantrieb zu (act. II 40 f.) und liess sie in der weiteren Folge durch Dr. phil. C.\_\_\_\_\_, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), untersuchen (Untersuchungsbericht vom 16. Januar 2017 [act. II 72]) sowie durch die Dres. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, und E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten (Expertise vom 2. September 2017 [act. II 97.1]). Mit Vorbescheid vom 21. September 2017 (act. II 101) stellte die IVB der Versicherten die Ablehnung eines Leistungsanspruchs mit der Begründung in Aussicht, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden im Rechtssinne vor. Daran hielt sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 103 ff.) mit Verfügung vom 9. November 2017 fest (act. II 107).

### **B.**

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 13. Dezember 2017 Beschwerde erheben. Sie stellt den folgenden Antrag:

Die Verfügung vom 9. November 2017 sei aufzuheben und zur Abklärung des Sachverhalts vermittels eines polydisziplinären Gutachtens (Infektiologie, Neurochirurgie, Onkologie, Neurologie, Neuroophthalmologie, Neurootologie, Neuropsychologie, Psychiatrie, Gastroenterologie, Innere Medizin) an die IV-Stelle zurück zu weisen. Eventualiter seien der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen sowie eine ganze Rente der IV-Stelle zuzusprechen.

- unter Entschädigungsfolge -

In der Begründung macht die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, die Anordnung einer separaten neuropsychologischen RAD-Untersuchung und eines gleichzeitigen bidisziplinären Gutachtens verletze den Anspruch auf ein polydisziplinäres Gutachten und den Anspruch auf ein faires Verfahren (S. 4, Ziffer 1). Im Übrigen sei das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ unvollständig und daher nicht schlüssig (S. 4 f., Ziffer 1). Schliesslich wäre es „in erster Linie an einem RAD-Psychiater gewesen, die Schlüssigkeit der Indikatoren durch den psychiatrischen Gutachter zu beurteilen“ (S. 5, Ziffer 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 1. März 2018 reichte die Beschwerdeführerin diverse Berichte behandelnder Ärzte sowie weitere Unterlagen ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 18 - 27). Gleichzeitig hält sie sinngemäss an den beschwerdeweise gestellten Anträgen und vorgebrachten Standpunkten fest.

Mit Stellungnahme vom 16. April 2018 bestätigt die Beschwerdegegnerin ihre mit Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2018 gestellten Rechtsbegehren sowie vorgebrachten Standpunkte.

Mit Eingabe vom 8. Mai 2018 reichte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ein (act. I 28 - 31). Zudem stellt sie das folgende Rechtsbegehren:

Es seien die neuroophthalmologische Abklärung vom 24. April 2018 (act. I 28), die Literaturnachweise bezüglich Enzephalitis als Ursache einer homonymen Hemianopsie und eines Blepharospasmus (act. I 29 f.) sowie bezüglich der retrochiasmalen Läsion als Nervenschädigung (act. I 31) zu den Akten zu erkennen.

In der Begründung macht sie sinngemäss geltend, es liege ein neurologisches Korrelat hinsichtlich der vom RAD festgestellten neuropsychologischen Defizite vor und die Beschwerdeführerin habe Anspruch auf eine ganze Rente.

Mit Eingabe vom 4. Juni 2018 hält die Beschwerdegegnerin an ihren Rechtsbegehren fest. Gleichzeitig reichte sie eine Stellungnahme von Dr. phil. C. \_\_\_\_\_ vom 30. Mai 2018 zu den Akten (in den Gerichtsakten).

Mit Eingabe vom 20. Juni 2018 reichte die Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen ein.

### **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 9. November 2017 (act. II 107). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV und in diesem Zusammenhang insbesondere die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

**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). 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).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

**2.3** 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** Im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 9. November 2017 (act. II 107) präsentierte sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aufgrund der medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Vom .... bis .... 2015 war die Beschwerdeführerin im Spital F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Bericht vom 11. November 2015 (act. II 16 S. 36 f.) wurden eine virale Meningitis sowie eine medikamentöse Unverträglichkeit diagnostiziert. Bei Eintritt habe sich eine subfebrile, normotone und normokarde Beschwerdeführerin in deutlich reduziertem Allgemeinzustand gezeigt. Klinisch habe sich ein fraglicher Meningismus bei ansonsten unauffälliger, neurologischer Untersuchung präsentiert (S. 36). Nach Auftreten eines Hinkens sowie einer Schwäche des linken Augenlides sei die Beschwerdeführerin zur weiteren Abklärung ins Spital G. \_\_\_\_\_ zugewiesen worden (S. 37).

**3.1.2** Im Spital G. \_\_\_\_\_ wurde mit Bericht vom 12. November 2015 (act. II 16 S. 38 - 40) im Wesentlichen ein Verdacht auf Meningitis sowie ein Kavernom links in der präzentralen Region diagnostiziert (S. 38). Die notfallmässige Zuweisung sei bei Akzentuierung der Kopfschmerzen und neu aufgetretener Ptosis links auf dem Boden einer viralen Meningitis erfolgt (S. 39 f.). Im Schädel-MRI habe sich kein Hinweis auf enzephalitische Herde, jedoch nebenbefundlich ein Kavernom in der präzentralen Region links ohne Einblutung ergeben. Hinweise auf eine Dissektion hätten sich nicht finden lassen (S. 40).

**3.1.3** Vom .... bis .... 2015 war die Beschwerdeführerin wiederum im Spital F. \_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 26. November 2015 (act. II 16 S. 24 f.) wurde eine virale Meningitis, ein postpunktioneller Kopfschmerz, eine depressive Erkrankung sowie ein Ka-

vernom links in präzentraler Region diagnostiziert. Es erfolge nun die Verlegung in die stationäre Rehabilitation nach ... (S. 24).

**3.1.4** Im (die Hospitalisation vom .... bis .... 2015 betreffenden) Austrittsbericht des Spitals G.\_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2015 (act. II 16 S. 14 - 19) wurde ein Verdacht auf virale Meningitis, ein postpunktioneller Kopfschmerz, eine depressive Erkrankung sowie ein Kavernom links in der präzentralen Region diagnostiziert (S. 14). In der Beurteilung wurde festgehalten, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit Anfang November der hochgradige Verdacht auf eine virale Meningitis. Dieser Verdacht habe auf dem Notfall des Spitals G.\_\_\_\_\_ bestätigt werden können. Seit mehreren Tagen sei es nun trotz verabreichter Antibiose und antiviraler Therapie zu einem progredienten Zukneifen der Augen beidseits sowie einer ataktisch anmutenden Bewegungsstörung und einer persistierenden Kopfschmerzsymptomatik gekommen. Ursächlich für die Beschwerdesymptomatik mit Kopfschmerzen, Lichtscheu und Meningismus sei die wahrscheinliche virale Meningitis bisher unklaren Erregers. Breite serologische Untersuchungen seien ohne eindeutigen Befund geblieben.

Betreffend der Zunahme der Beschwerden mit aktivem Zukneifen der Augen beidseits und der ataktisch anmutenden Bewegungsstörung sei aber klar von einer durch die Kopfschmerzen und Lichtempfindlichkeit getriggerten funktionellen Komponente auszugehen. Hierfür spreche die Ablenkbarkeit und die klare Diskrepanz der Befunde mit u.a. Unmöglichkeit des Augenöffnens während der Untersuchung, aber problemlos durchführbarem MOCA-Test und einer Ataxie im Finger-Nase-Versuch bei jedoch problemlos möglichem Baranyzeigerversuch. Die Beschwerden hätten sich im Verlauf gebessert, bei Austritt hätten jedoch ein leichtes Zusammenkneifen der Augen, eine Gangstörung, ein postural verstärkter Dauerkopfschmerz und eine Gang- und Standunsicherheit persistiert, so dass im weiteren Verlauf eine Rehabilitation in ... geplant sei. Schliesslich sei das kleine Kavernom links in der präzentralen Region nicht kontrollbedürftig (S. 14 f.).

**3.1.5** Vom ... bis .... 2015 war die Beschwerdeführerin in der Rehaklinik H.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im entsprechenden Austrittsbericht vom 28. Dezember 2015 (act. II 35 S. 14 - 16) wurden eine Gleichgewichtsstörung und Gangunsicherheit bei Status nach viraler Meningitis und ein postpunktionel-

ler Kopfschmerz diagnostiziert sowie als „Nebendiagnosen“ eine depressive Erkrankung (seit 10 Jahren mittels Paroxetin behandelt), ein Verdacht auf Morbus Crohn sowie ein Status nach Diskektomie LWK5/S1 2005 festgehalten (S. 14). Die Beschwerdeführerin habe in der Physiotherapie gute Fortschritte erzielen können, so eine Verbesserung des Gleichgewichts, eine allgemeine Kräftigung sowie ein sicheres Gangbild. Sie habe bei Austritt eine Stunde spazieren können (S. 15).

**3.1.6** Am 12. Februar 2016 erfolgte am Spital G. \_\_\_\_\_ eine neuropsychologische Untersuchung. Im entsprechenden Bericht vom 16. Februar 2016 (act. II 16 S. 6 - 8) wurde festgehalten, im Vergleich zu entsprechenden Alters- und Bildungsnormen beständen mittelschwer bis schwer „reichende“ Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses. Obgleich eine hirnorganische Ursache der kognitiven Minderleistungen nicht ausgeschlossen werden könne, sei bei Berücksichtigung der gesamten Anamnese und der Art und des Ausmasses der erwähnten neurokognitiven Befunde am ehesten von einer funktionellen Ursache der kognitiven Einschränkungen auszugehen. Aus diesem Grund werde eine psychiatrische Beurteilung empfohlen (S. 7).

**3.1.7** Im Bericht vom 8. März 2016 (act. II 16 S. 2 - 4) diagnostizierte med. pract. I. \_\_\_\_\_ (Psychiatrische Dienste J. \_\_\_\_\_), praktische Ärztin, kognitive Defizite bei Status nach viraler Meningitis (ICD-10 F06.9 [S. 3]). Die Beschwerdeführerin weise in ihrer Geschichte keine psychiatrisch relevanten Diagnosen auf. Die ambulante Behandlung vor ca. 12 Jahren sei im Rahmen einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion zu sehen auf Grund grosser Belastungen. Infolge des zu frühen und abrupten Absetzens des Paroxetins durch die Beschwerdeführerin selber sei es ihr so schlecht gegangen, dass sie aus eigener Initiative für eine Woche in stationäre Behandlung gegangen sei. Auf Grund des aktuellen klinischen Bildes und auch der Auswertung des im Anschluss des Gesprächs ausgefüllten Beck-Depressions-Fragebogens (BDI-II mit 6 Punkten) liege keine Depression vor. Es lägen bei der Beschwerdeführerin keine funktionellen Komponenten vor (S. 4).

**3.1.8** Im Untersuchungsbericht vom 16. Januar 2017 (act. II 72) hielt der RAD-Arzt Dr. phil. C. \_\_\_\_\_ als „Neuropsychologische Diagnose“

„[w]ahrscheinlich durch funktionelle Artefakte bedingte Kognitionsstörungen ohne adäquates zerebrales Korrelat und ohne eigenen Krankheitswert“ fest (S. 10).

Aufgrund der in der Beschwerdvalidierung aufgezeigten Widersprüche und Inkonsistenzen müsse mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem funktionellen Geschehen mit suboptimalem Leistungsverhalten bzw. Selbstlimitierung bzw. von einer symptomverstärkenden Darstellung bei der Ausführung der Testaufgaben ausgegangen werden. Dadurch verlören sämtliche erhobenen Befunde ihre Validität und ihre neuropsychologische Interpretierbarkeit als Ausdruck einer zerebralen Dysfunktion. Da die Beschwerdeführerin in zwei Beschwerdvalidierungsverfahren die kritischen Grenzen lediglich leicht unterschritten und in anderen Aspekten der Beschwerdvalidierung teilweise auch konsistente Befunde geliefert habe, könne jedoch lediglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, nicht aber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit von einer funktionellen Ursache ausgegangen werden. Neben den Ergebnissen der Beschwerdvalidierung, die eher für ein funktionelles Geschehen und gegen eine zerebrale Ätiologie der produzierten Testdefizite sprächen, wären die produzierten Testdefizite auch kaum im Rahmen einer viralen Meningitis (ohne Enzephalitis und ohne weitere Komplikationen) schlüssig und hinreichend erklärbar.

Mit diesem Ergebnis bestätige sich die Einschätzung der Neuropsychologen des Spitals G.\_\_\_\_\_, welche in ihrem Bericht vom 16. Februar 2016 ebenfalls am ehesten von einer funktionellen Ursache der gezeigten kognitiven Einschränkungen ausgegangen seien (S. 10).

**3.1.9** Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten vom 2. September 2017 (act. II 97.1) hielten die Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen fest (S. 11 f. und 18):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Verdacht auf dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung im Sinne einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44.7)

#### **Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Zustand nach viraler Meningitis
- Organisch nicht zuordenbare Gangstörung, Gleichgewichts- und Bewegungsstörung sowie kognitive Beeinträchtigungen
- Zustand nach Diskektomie LWK5/SWK1 2004
- Spannungskopfschmerzen
- Rezidivierend depressive Episoden, derzeit remittiert (ICD-10 F33.4)

In der Konsensbesprechung hielten die Gutachter fest, aus neurologischer Sicht müssten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. In der klinisch-neurologischen Untersuchung finde sich eine inkonsistente Befundlage. Aus neurologischer Sicht sei als Folge der viralen Meningitis ab 2. November 2015 bis zum 31. Januar 2016 von einer 100%igen und ab diesem Zeitpunkt bis zum 1. April 2016 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Ab diesem Zeitpunkt bestehe aus rein neurologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... sowie in jeglicher anderer dem Bildungsniveau und der Konstitution angepassten beruflichen Tätigkeit.

Aus psychiatrischer Sicht liege auf Grund des in der neurologischen Begutachtung ausgeschlossenen somatischen Grundes für die Bewegungsstörung definitiv eine dissoziative Problematik im Sinne einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.7) vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe unter Berücksichtigung der Indikatoren eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% im angestammten Beruf als .... In einer Tätigkeit als ... und ... könne die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht gesehen eine 40%ige Leistung, d.h. 3.5 Stunden pro Tag, arbeiten. Eine Steigerung auf 50% sei in den kommenden 12 Monaten möglich. Eine „höhere“ Leistung sei ihr nicht zumutbar, denn sie würde schnell zu einer Dekompensation auch vor allem auf affektiver Ebene führen, denn die Beschwerdeführerin brauche viel psychische Energie, um im Gleichgewicht zu bleiben, zeige sie doch jetzt schon eine psychische Dekompensation in Richtung dissoziativer Symptomatik (S. 25).

**3.1.10** PD Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, hielt mit Bericht vom 26. Oktober 2017 (act. I 25) fest, er könne sich der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters anschliessen und diagnostiziere eine funktio-

nelle Gangstörung, d.h. eine somatoforme Störung. Die Arbeitsfähigkeit betrage maximal 20% in einer angepassten Tätigkeit (S. 2).

**3.1.11** Am 22. Dezember 2017 erfolgte im Spital L. \_\_\_\_\_, eine infektiologische Abklärung. Im entsprechenden Bericht vom 23. Januar 2018 (act. I 23) wurde festgehalten, rückblickend betrachtet erscheine ein „unspezifischer“ viraler respiratorischer Infekt mit Begleitmeningitis ohne Erregernachweis als am wahrscheinlichsten für die im November 2015 geschilderte Symptomatik. Eine Kausalität zwischen der postulierten aseptischen Meningitis und allen dargelegten und persistierenden Beschwerden könne nicht bewiesen werden und sei überwiegend unwahrscheinlich. Retrospektiv könne eine Kausalität oder Assoziation zwischen der postulierten aseptischen Meningitis und den neuropsychologischen Beschwerden weder bewiesen noch ganz ausgeschlossen werden. Die Ursachen der geltend gemachten Beschwerden blieben weiterhin unklar (S. 7). Im Übrigen sei das diagnostische und therapeutische Management im Spital F. \_\_\_\_\_ und im Spital G. \_\_\_\_\_ adäquat und korrekt gewesen (S. 6).

**3.1.12** Am 5. Februar 2018 erfolgte im M. \_\_\_\_\_, eine neuropsychologische Untersuchung. Im entsprechenden, gleichentags verfassten Bericht (act. I 21) wurde festgehalten, zur Ätiologie der aktuellen neuropsychologischen Ausfälle könne nicht abschliessend Stellung genommen werden. Festzuhalten sei, dass sich die von Dr. phil. C. \_\_\_\_\_ festgestellte schwere Abrufstörung für sowohl verbale wie auch nonverbale Inhalte erheblich zurückgebildet habe, es liege vielmehr noch eine Störung des verbalen Lernens vor. Das in der aktuellen Untersuchung festgestellte Ausfallmuster sei ätiologisch unspezifisch (S. 3).

**3.1.13** In der Beurteilung zu einem am 16. Februar 2018 durchgeführten MRI des Schädels wurde Folgendes festgehalten: „Vollständig regredientes – vormals diskretes – leptomeningeeales Enhancement. Keine Hinweise auf stattgehabte Enzephalitis. Stationär Kavernom (Zabramski 2) und assoziierte kleine DVA im Lobulus paracentralis links. Kleine DVA rechts frontal“ (act. I 18).

**3.1.14** Mit zu Händen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin verfasstem Bericht vom 25. Februar 2018 (act. I 20) diagnostizierte N.\_\_\_\_\_, praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bei welchem die Beschwerdeführerin seit November 2017 in Behandlung steht, eine dissoziative Bewegungs- und Sensibilitätsstörung (ICD-10 F44.4 und F44.6), ein protrahiertes postvirales Erschöpfungssyndrom (ICD-10 G93.3) sowie differentialdiagnostisch eine atypische depressive Episode (ICD-10 F32.1 [S. 1]). Die Beschwerdeführerin sei weiterhin zu 100% für sämtliche Tätigkeiten arbeitsunfähig. Mit grösster Wahrscheinlichkeit sei die schwerwiegende und sehr stark einschränkende Symptomatik authentisch und nicht willentlich zu steuern (S. 2).

**3.1.15** Am 24. April 2018 erfolgte am Spital G.\_\_\_\_\_ eine neuroophthalmologische Abklärung. Im entsprechenden, gleichentags verfassten Bericht (act. I 28) wurde festgehalten, im Goldmann-Gesichtsfeld zeigten sich diskrete linksseitige Defekte. Diese seien prinzipiell mit einer retrochiasmalen Läsion auf der rechten Seite kompatibel. Die Gesichtsfelddefekte seien so gering ausgeprägt, dass sie keine relevanten Einschränkungen der visuellen Funktionen darstellten. Auffälliger sei der Blepharospasmus, wofür jedoch kein anatomisches Korrelat vorliege. Diesbezüglich bestehe die Möglichkeit einer Therapie mit Botox. Angesichts der fraglichen funktionellen Ätiologie und des sehr geringen Leidensdrucks sei eine solche Therapie nicht sinnvoll.

## **3.2**

**3.2.1** 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 125 V 351 E. 3a S. 352; SVR 2015 IV Nr. 28 S. 86 E. 4.1).

**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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

**3.2.3** Die in E. 3.1.11 bis 3.1.15 aufgeführten Berichte datieren zwar allesamt nach Erlass der angefochtenen Verfügung. Sie erlauben indes Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation und sind daher in die Beurteilung miteinzubeziehen (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stellte in der angefochtenen Verfügung vom 9. November 2017 (act. II 107) auf das neurologisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ vom 2. September 2017 (act. II 97.1) sowie auf den neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Dr. phil. C. \_\_\_\_\_ vom 16. Januar 2017 (act. II 72) ab. Sowohl das Gutachten wie auch der Untersuchungsbericht erfüllen die allgemeinen beweisrechtlichen Anforderungen an medizinische Berichte (vgl. E. 3.2.2 hiervor) und erbringen vollen Beweis. Die Vorbringen der Beschwerdeführerin vermögen daran nichts zu ändern (vgl. E. 3.4 ff. hiernach).

Gemäss dem neurologisch-psychiatrischen Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ (act. II 97.1) sind die geklagten Beschwerden organisch bzw. neurologisch nicht zuordenbar bzw. im Rahmen eines funktionellen Geschehens zu beurteilen (S. 13), weshalb aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 25). In psychischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ eine dissoziative Problematik im Sinne einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.7), welche die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... um 100%, in einer den Leiden angepassten Tätigkeit um 40% einschränke (S. 25).

**3.4** Vorab macht die Beschwerdeführerin geltend, die Anordnung einer separaten neuropsychologischen RAD-Untersuchung und eines gleichzeitigen bidisziplinären Gutachtens verletze den Rechtsanspruch auf ein polydisziplinäres Gutachten und den Anspruch auf ein faires Verfahren (Beschwerde, S. 4, Ziffer 1).

Gestützt auf den auch für Private geltenden Grundsatz von Treu und Glauben und das Verbot des Rechtsmissbrauchs (Art. 5 Abs. 3 der Bundesverfassung [BV; SR 101]) sind verfahrensrechtliche Einwendungen so früh wie möglich, das heisst nach Kenntnisnahme eines Mangels bei erster Gelegenheit, vorzubringen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Mängel dieser Art erst in einem späteren Verfahrensstadium oder sogar erst in einem nachfolgenden Verfahren geltend zu machen, wenn der Einwand schon vorher hätte festgestellt und gerügt werden können. Wer sich auf das Verfahren einlässt, ohne einen Verfahrensmangel bei erster Gelegenheit vorzubringen, verwirkt in der Regel den Anspruch auf spätere Anrufung der vermeintlich verletzten Verfahrensvorschrift (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69). Diese Grundsätze gelten namentlich auch mit Bezug auf die Anordnung und die Durchführung von Begutachtungen (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275).

Wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 23. Januar 2018 zutreffend festhält (vgl. S. 2, Ziffer 8), hat die Beschwerdeführerin die angeordneten Untersuchungen bzw. Begutachtungen (vgl. act. II 54; 56) unbeanstandet wahrgenommen (vgl. auch act. II 87 S. 1). Sodann hat sie auch im Vorbescheidverfahren respektive nach Kenntnisnahme der Gutachten keinerlei verfahrensrechtliche Einwendungen der im vorliegenden Beschwerdeverfahren vorgebrachten Art geltend gemacht (vgl. act. II 103 S. 1 - 4), weshalb die entsprechenden Rügen nach der hiavor dargelegten Rechtsprechung verwirkt sind.

**3.5** In materieller Hinsicht kritisiert die Beschwerdeführerin insbesondere das neurologische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ sowie den neuropsychologischen Untersuchungsbericht von Dr. phil. C. \_\_\_\_\_. Sie beanstandet namentlich, deren Schlussfolgerung, die geklagten Beschwerden seien überwiegend wahrscheinlich funktioneller Natur, basiere auf einer ungenügenden medizinischen Abklärung bzw. es hätten weitere

fachmedizinische Bereiche in die Begutachtung miteinbezogen werden müssen.

### **3.6**

**3.6.1** In grundsätzlicher Hinsicht ist zunächst darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin die gutachtliche Abklärung nach Massgabe der Empfehlung des RAD im Bericht vom 17. Oktober 2016 (act. II 49) veranlasste, welcher eine neuropsychologische, neurologische und psychiatrische Untersuchung als erforderlich erachtete (S. 2). Die Gutachter Dres. med. D.\_\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_\_ sahen sich in der Folge denn auch ohne weiteres in der Lage, den medizinischen Sachverhalt abschliessend zu beurteilen, lassen sich dem bidisziplinären Gutachten vom 2. September 2017 doch keine Hinweise entnehmen, wonach die Experten die Berücksichtigung weiterer Fachdisziplinen als notwendig erachtet hätten.

**3.6.2** In konkreter Hinsicht ist zu den einzelnen Vorbringen im Rahmen des Beschwerdeverfahrens sodann Folgendes festzuhalten:

Soweit die Beschwerdeführerin kritisiert, die Gutachter hätten keinerlei bildgebende Untersuchungen durchgeführt (Beschwerde, S. 4, Ziffer 1), ist darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein grosses Ermessen zukommt (vgl. Entscheide des Bundesgerichts [BGer] vom 15. Juni 2018, 8C\_55/2018, E. 6.4.1 und vom 29. Juni 2018, 9C\_470/2017, E. 3.1). Wenn sich Dr. med. D.\_\_\_\_\_ deshalb nicht veranlasst sah, weitere bildgebende Untersuchungen durchzuführen, so spricht dies noch nicht gegen den Beweiswert des Gutachtens. Davon abzurücken besteht auch vorliegend kein Anlass, zumal ein am 16. Februar 2018 (act. I 18) durchgeführtes MRI des Schädels keine wesentlichen Befundänderungen zu Tage förderte; insbesondere wurde abermals bestätigt, dass keine Hinweise auf eine stattgehabte Enzephalitis beständen und das Kavernom – welches seit jeher als asymptomatisch beurteilt wurde (act. II 16 S. 14), den Gutachtern im Übrigen bekannt war und entsprechend auch in die Beurteilung miteinfluss (vgl. act. II 97.1 S. 12) – stationär sei. Soweit die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 1. März 2018 (S. 3) unter Hinweis auf einen (ausgewählten) Fachartikel (act. I 16) eigene Schlussfolgerungen zu ziehen respektive eine neurologische

Organizität der geltend gemachten Beschwerden zu belegen versucht, kann ihr nicht gefolgt werden, da ihr die Fachkompetenz für eine medizinische Beurteilung fehlt und im Übrigen der konkrete Fall massgebend ist, wozu sich Fachartikel naturgemäss nicht äussern.

Was weiter die von der Beschwerdeführerin beanstandete Abklärung der geltend gemachten Gesichtsfeldeinschränkungen und Sehstörungen anbelangt (vgl. Beschwerde, S. 4, Ziffer 1 und Eingabe vom 8. Mai 2018, S. 1), so ergab eine entsprechende neuroophthalmologische Untersuchung am Spital G.\_\_\_\_\_, die Gesichtsfelddefekte seien derart gering ausgeprägt, dass sie keine relevanten Einschränkungen der visuellen Funktionen darstellten. Hinsichtlich des Blepharospasmus (Lidkrampf) wurde sodann ein anatomisches Korrelat ausdrücklich verneint und der Leidensdruck als sehr gering bezeichnet, weshalb von einer Therapie abgeraten wurde (act. I 28). Selbst wenn demnach (auch) ein (fragliches) organisches Korrelat für die geklagten Beschwerden vorläge, hätte es offensichtlich keine invalidisierende Wirkung zur Folge.

Ferner ist entgegen der Beschwerdeführerin (Eingabe vom 8. Mai 2018, S. 2) überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass die Meningitis nicht auch eine Enzephalitis zur Folge hatte. Dies wurde nicht nur von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ gutachterlich bestätigt (vgl. act. II 97.1 S. 12 unten), sondern ergibt sich auch aus den Berichten der behandelnden Ärzte. Insbesondere zeigte sowohl das MRI des Schädels vom 11. November 2015 (act. II 16 S. 35, 40) wie auch – wie bereits dargelegt – jenes vom 16. Februar 2018 (act. I 18) ausdrücklich keine Hinweise auf eine stattgehabte Enzephalitis.

Weiter ist entgegen der Beschwerdeführerin nicht zu beanstanden, dass für die Abklärung des medizinischen Sachverhalts nicht auch ein Infektiologe oder Virologe hinzugezogen wurde (vgl. Beschwerde, S. 4, Ziffer 1). So ergab eine Abklärung im L.\_\_\_\_\_ am 22. Dezember 2017 keinen Nachweis einer infektiologischen Ursache der von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Beschwerden (act. I 23 S. 7). Dabei wurde auch ausdrücklich festgehalten, dass die damalige infektiologische und mikrobiologische Diagnostik sowohl im Spital F.\_\_\_\_\_ wie auch im Spital G.\_\_\_\_\_ „adäquat und korrekt“ durchgeführt wurde (S. 6). Wenn die Beschwerdeführerin diese Ergebnisse unter Hinweis auf einen Internetaus-

druck vom 14. Dezember 2017 (act. I 7) in Zweifel zieht (Eingabe vom 1. März 2018, S. 3), kann ihr in Anbetracht der insoweit übereinstimmenden, anderslautenden medizinischen Aktenlage nicht gefolgt werden.

**3.6.3** Ferner begründen auch die übrigen ins Recht gelegten Berichte behandelnder Ärzte keine Zweifel am Beweiswert der Schlussfolgerungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ und Dr. phil. C.\_\_\_\_\_:

So bestätigte der Neurologe PD Dr. med. K.\_\_\_\_\_ mit Bericht vom 26. Oktober 2017 das Vorliegen einer funktionellen Beschwerdepromatik ausdrücklich (act. I 25 S. 2). Sodann lässt sich auch aus dem Bericht des Spitals M.\_\_\_\_\_ zur neuropsychologischen Untersuchung vom 5. Februar 2018 nicht überwiegend wahrscheinlich eine organische Grundlage der geklagten Beschwerden ableiten, wird darin doch festgehalten, dass das Ausfallsmuster ätiologisch unspezifisch sei respektive für die mnestischen und exekutiven Defizite „theoretisch“ ein Restzustand nach Enzephalitis in Frage komme, eine funktionelle Genese aber ebenfalls „denkbar“ sei (act. I 21 S. 3). Letzteres deckt sich mit den Feststellungen im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchungen im Spital G.\_\_\_\_\_ im Februar 2016 (act. II 16 S. 7) und namentlich auch mit den Ergebnissen der Untersuchung bei Dr. phil. C.\_\_\_\_\_ (act. II 72 S. 10). Soweit aus dem Bericht vom 26. Oktober 2017 dennoch eine von der neurologischen Beurteilung abweichende Einschätzung hinsichtlich der Natur der geklagten Beschwerden herauszulesen wäre, bliebe darauf hinzuweisen, dass es die Neuropsychologie nach derzeitigem Wissensstand nicht vermag, selbstständig und abschliessend die Beurteilung der Genese der festgestellten Beschwerden vorzunehmen (BGE 119 V 335 E. 2b/bb S. 341; Entscheid des BGer vom 14. Oktober 2015, 8C\_444/2015, E. 4.4). Und schliesslich ergaben auch die gastroenterologischen Untersuchungen mit einer im Oktober 2016 durchgeführten Kolonoskopie sowie einer im April 2017 erfolgten anorektalen Manometrie keine Hinweise auf ein invalidisierendes Leiden (vgl. act. II 92 S. 2 f.).

**3.7** Aus dem Dargelegten folgt, dass die (auch vom Neuropsychologen Dr. phil. C.\_\_\_\_\_ postulierte) Einschätzung des Neurologen Dr. med. D.\_\_\_\_\_, die geklagten Beschwerden seien überwiegend funktioneller Natur (vgl. act. II 97.1 S. 13; 72 S. 10), mit der übrigen medizinischen

Aktenlage im Einklang steht (vgl. namentlich bereits die entsprechende Beurteilung im Bericht des Spitals G. \_\_\_\_\_ vom 2. Dezember 2015 [act. II 16 S. 15]). Nachdem auch die im Nachgang zur Begutachtung durchgeführten diversen fachmedizinischen Untersuchungen in somatischer Hinsicht keine wesentlichen neuen Erkenntnisse hervorgebracht haben, erweist sich der Sachverhalt als hinreichend abgeklärt, weshalb es der von der Beschwerdeführerin beantragten weiteren medizinischen Abklärungen nicht bedarf.

**3.8** Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit ergibt sich somit was folgt:

**3.8.1** In somatischer bzw. neurologischer Hinsicht besteht gestützt auf die überzeugende Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ ab April 2016 für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 97.1 S. 25). Daran ändern die Berichte der behandelnden Ärzte nichts: So verfügt med. pract. I. \_\_\_\_\_ nicht über einen neurologischen Facharzttitel, weshalb ihre Kritik (act. I 24 S. 2) an der von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht verfängt. Ferner stimmt PD Dr. med. K. \_\_\_\_\_ – wie dargelegt (vgl. E. 3.6.3 vorne) – der Einschätzung von Dr. med. D. \_\_\_\_\_, wonach eine funktionelle Beschwerdeproblematik vorliege, ausdrücklich zu. Die von ihm attestierte 20%ige Arbeitsfähigkeit begründet er denn auch mit einer somatoformen Störung (act. I 25 S. 2), womit auch dieser Arzt seinen Fachbereich verlässt und seine anderslautende Arbeitsfähigkeitseinschätzung jene von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen vermag.

Ist aus somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit Bezug auf sämtliche Tätigkeiten somit erstellt, resultiert – mit Blick auf die im April 2016 erfolgte Anmeldung (Art. 29 Abs. 1 IVG) – insoweit keine Invalidität (vgl. E. 2.2 vorne).

**3.8.2** In psychischer Hinsicht attestierte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aufgrund der dissoziativen Problematik eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... bzw. eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit (act. II 97.1 S. 25). Zu prüfen bleibt, ob die medizinisch-theoretisch festgestellte Arbeitsunfähigkeit auch eine rentenrelevante Invalidität begründet respektive rechtlich massgeblich ist.

### **3.9**

**3.9.1** Zunächst sollen die Sachverständigen die (psychiatrische) 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). Sodann erfolgt gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand des für somatoforme Störungen entwickelten strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427 ff., 141 V 281 E. 4.1 S. 296 ff.). Es gilt – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 295) – im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297 f.), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298 f.) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303 f.). 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 (E. 6 S. 308). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429). Dabei ist dem klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen „Validität“ der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295) und die materielle Beweislast für Invalidität bei ihr liegt (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

**3.9.2** Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. 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. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsst. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (vgl. Entscheid des BGer vom 25. Juni 2018, 8C\_74/2018, E. 5.1).

**3.10** Dr. med. E.\_\_\_\_\_ diagnostizierte als einzige psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung im Sinne einer dissoziativen Störung (ICD-10 F44.7; act. II 97.1 S. 18 und 25). Die Würdigung des invalidisierenden Charakters dieser Störung erfolgt daher (und seit jeher) nach Massgabe der im Bereich für somatoforme Störungen entwickelten Grundsätze (vgl. E. 3.9.1 vorne; ferner BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550; Entscheid des BGer vom 24. Februar 2014, 8C\_468/2013, E. 6). Wohl hat sich Dr. med. E.\_\_\_\_\_ – wie die Beschwerdeführerin insoweit zutreffend geltend macht (vgl. Beschwerde, S. 5, Ziffer 2) – zu den Indikatoren geäussert (vgl. act. II 97.1 S. 20 ff.). Dies entbindet Verwaltung und Gericht jedoch nicht davon, die Rechtsfrage nach dem Vorliegen einer Invalidität auf der Grundlage der medizinischen Tatsachenfeststellungen frei zu überprüfen (vgl. E. 3.9.2 vorne). Die Ziffern 1008 und 2005 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung (KSIH) und die Ziffern 2081 ff. des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI) sagen entgegen der Beschwerdeführerin (vgl. Eingaben vom 1. März 2018, S. 2 und vom 8. Mai 2018, S. 2 f.) nichts anderes.

### **3.11**

**3.11.1** Gemäss DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 219 zu F44 – F44.7), folgen die Symptome dissoziativer Störungen der Bewegung und der Sinnesempfindung häufig den Vorstellungen des Patienten von einer körperlichen

Krankheit, die von physiologischen oder anatomischen Gegebenheiten abweichen können. Zusätzlich verdeutlichen die Erhebung des psychopathologischen Befundes und der sozialen Situation meist, dass die Behinderung durch den Funktionsverlust dem Patienten hilft, einem unangenehmen seelischen Konflikt zu entgehen, oder indirekt Abhängigkeit oder Verstimmung auszudrücken. Obwohl die Probleme oder Konflikte anderen klar sein können, verleugnet die betroffene Person sie häufig und führt jegliches Leiden auf die Symptome oder die daraus entstehende Behinderung zurück. Der Grad der Behinderung, der auf diese Symptome zurückzuführen ist, kann von Mal zu Mal wechseln und hängt von der Zahl und von der Art der anwesenden Personen sowie vom emotionalen Zustand des Patienten ab; mit anderen Worten: neben einem zentralen und konstanten Kern von Symptomen mit Bewegungsverlust oder Empfindungsstörungen, ohne willentliche Kontrolle, kann zusätzlich aufmerksamkeitsuchendes Verhalten unterschiedlichen Ausmasses vorkommen. In der Regel sind prämorbid auffälligkeiten in den persönlichen Beziehungen und in der Persönlichkeit festzustellen.

In den diagnostischen Leitlinien wird festgehalten, es müsse ausreichend viel über den psychologischen und sozialen Hintergrund und die Beziehungen des Patienten bekannt sein, so dass eine überzeugende Erklärung für das Auftreten der Erkrankung gegeben werden könne (S. 220).

Gemäss DIMDI (ICD-10-WHO Version 2016) entwickeln sich in Bezug auf dissoziative Störungen (ICD-10 F44) eher chronische Störungen, besonders Lähmungen und Gefühlsstörungen, wenn der Beginn mit unlösbaren Problemen oder interpersonalen Schwierigkeiten verbunden ist. Sie werden als ursächlich psychogen angesehen, in enger zeitlicher Verbindung mit traumatisierenden Ereignissen, unlösbaren oder unerträglichen Konflikten oder gestörten Beziehungen. Die Symptome verkörpern häufig das Konzept der betroffenen Person, wie sich eine körperliche Krankheit manifestieren müsste. Körperliche Untersuchung und Befragungen geben keinen Hinweis auf eine bekannte somatische oder neurologische Krankheit. Zusätzlich ist der Funktionsverlust offensichtlich Ausdruck emotionaler Konflikte oder Bedürfnisse (vgl.:

[www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10\\_who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f40-f48.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd10_who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f40-f48.htm)).

**3.11.2** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ diagnostizierte die dissoziative Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.7) zuerst verdachtsweise und gelangte erst zu einer definitiven Diagnosestellung „per exclusionem“ – mithin im Sinne einer Ausschlussdiagnose –, nachdem eine organische Grundlage für die demonstrierte Bewegungsstörung nicht gefunden werden konnte (act. II 97.1 S. 18 und 25). Gleichzeitig räumte der Gutachter ein, aufgrund der blanden Persönlichkeitsentwicklung der Beschwerdeführerin und fehlender negativer Lebensereignisse könne er – Dr. med. E. \_\_\_\_\_ – keine psychodynamische Hypothese aufstellen, wie es zu dieser Symptomatik gekommen sei (vgl. S. 19). Auch wenn er in der Folge eine ödipale Verbundenheit mit ihrem im Jahr 2004 verstorbenen Vater (S. 16) vermutete (S. 20), so wird weder im Gutachten noch in den übrigen Akten ein relevanter Auslöser oder emotionaler Konflikt benannt, der die postulierte dissoziative Störung plausibel erklären würde. Ob unter diesen Umständen die Diagnose einer dissoziativen Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (ICD-10 F44.7) bzw. ein Gesundheitsschaden im Sinne der klassifizierenden Merkmale (vgl. BGE 143 V 418 E. 6 S. 427) als in rechtlicher Hinsicht hinreichend erstellt zu betrachten ist, erscheint demnach zumindest fraglich, zumal auch med. pract. I. \_\_\_\_\_ von den psychiatrischen Diensten J. \_\_\_\_\_ keine psychiatrische Diagnose stellte (vgl. act. II 16 S. 3) und namentlich auch die These des ödipalen Konflikts als fraglich bezeichnete (act. I 24 S. 1).

Wie es sich damit verhält, braucht unter den gegebenen Umständen jedoch nicht abschliessend geklärt zu werden, ist doch die fehlende Organizität der geltend gemachten Beschwerden überwiegend wahrscheinlich erstellt und kommt es invalidenversicherungsrechtlich ohnehin nicht in erster Linie auf die Diagnose, sondern auf den Schweregrad der psychischen Symptomatik sowie der damit verbundenen Funktionseinschränkungen an, wobei sämtliche psychischen Beschwerden unter dem Blickwinkel der Invalidität nach denselben rechtlichen Voraussetzungen zu beurteilen sind (vgl. E. 3.9.1 vorne). Wie nachfolgend anhand der Indikatoren zu zeigen ist, erlauben die auf die postulierte dissoziative Störung zurückgeführten

funktionellen Auswirkungen nicht überwiegend wahrscheinlich den Schluss auf eine rentenbegründende Invalidität. Nachdem sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ im Gutachten an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281 orientiert hat, kann auf das Administrativgutachten auch insoweit abgestellt werden.

### **3.12**

**3.12.1** Hinsichtlich der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und dem Komplex „Gesundheitsschädigung“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) fällt zunächst der von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als grotesk beschriebene Gang („als ob sie betrunken wäre“) auf (act. II 97.1 S. 17). Allerdings waren die demonstrierten Gangstörungen bei der Begutachtung inkonsistent, hielt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hierzu doch fest, „der Gang [sei] ausgesprochen unterschiedlich, teils ausgesprochen unsicher und ataktisch mit steifgehaltenem rechten Bein, sich an Gegenständen haltend, teils aber auch vollkommen unauffällig mit guten Mitbewegungen; dies z. B. nach dem Ankleiden oder auch beim Gang in den EEG-Raum“ (S. 13). Ebenso fällt auf, dass im Rahmen der Hospitalisation in der Rehaklinik H. \_\_\_\_\_ bzw. im Rahmen der Physiotherapie ein „sicheres Gangbild“ habe erreicht werden und die Beschwerdeführerin eine Stunde habe spazieren können (act. II 35 S. 15). Sodann zeigte sich im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung eine weitgehend blande Befundlage: Die Beschwerdeführerin war allseits orientiert, die mnestischen Funktionen und (namentlich auch) die Kognition waren unauffällig, der Gedankengang kohärent. Ferner konnte der Gutachter kein Gedankenabreissen oder Gedankendrängen, keine Halluzinationen, Wahn- oder Zwangsvorstellung und keine Derealisations- oder Depersonalisationssymptome feststellen. Affektiv war die Beschwerdeführerin schwingungsfähig, zwar ernsthaft, aber auch humorvoll und konnte lachen (act. II 97.1 S. 17). Das gleiche Bild zeigte sich auch anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung durch Dr. phil. C. \_\_\_\_\_ (vgl. act. II 72 S. 4 f.). Hinsichtlich der Ressourcen stellte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ lediglich bei der „Zuversicht“ sowie bei der „Erwartungshaltung positiv“ eine leichte Beeinträchtigung fest, wohingegen er bei den übrigen Ressourcen Selbstwertgefühl, Ausgeglichenheit, Bewältigungsverhalten aktiv, Genussfähigkeit, Selbsteinschätzung realistisch, Fähigkeit, Ziele langfristig zu verfolgen so-

wie hinsichtlich der Integration in sozialen Gruppen keinerlei Einschränkungen feststellte (act. II 97.1 S. 18) und die persönlichen Ressourcen entsprechend als gut einstuft (S. 21). Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit orientierte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_ am Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen, wobei er für die Beurteilung des Fähigkeitsstatus weitere Kriterien berücksichtigte. Dabei stellte er bei 16 von 23 untersuchten Fähigkeiten keine, bei drei Fähigkeiten leichte bis mittlere und bei weiteren drei Fähigkeiten mittel-schwere Beeinträchtigungen fest (S. 23 f.).

Insgesamt lassen die Feststellungen im Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ – unter zusätzlicher Berücksichtigung der in den Akten mehrfach, namentlich auch seitens der behandelnden Ärzte des Spitals G. \_\_\_\_\_ festgestellten Inkonsistenzen (vgl. act. II 16 S. 15) – nicht den Schluss auf eine besonders ausgeprägte Befundlage zu.

**3.12.2** Mit Bezug auf den Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299) ist zunächst festzuhalten, dass zuletzt keine (behandlungsbedürftige) psychiatrische Diagnose (vgl. act. II 97.1 S. 22) respektive die Diagnose einer dissoziativen Störung erstmals im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ gestellt wurde. Wenn die Beschwerdeführerin deshalb bis zum massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 9. November 2017 insoweit keine entsprechenden Behandlungen vorgenommen hat, lassen sich hieraus keine Rückschlüsse auf eine Behandlungsresistenz der geltend gemachten Beschwerden ziehen. Dasselbe gilt unter dem Blickwinkel der Eingliederung, wurden doch bis anhin keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt. Jedoch macht die Beschwerdeführerin diverse Beschwerden geltend, namentlich auch „immer wieder heftige Kopfschmerzen“ (vgl. S. 14). Dennoch nahm sie im massgeblichen Beurteilungszeitraum lediglich Physio- und „Badtherapie“ in Anspruch, darüber hinaus jedoch keine ärztlichen Behandlungen (S. 15). Auch nimmt sie, abgesehen von Paroxetin, welches ihr nach dem Tod des Vaters im Jahr ... verschrieben worden sei, keine weiteren Medikamente ein (S. 15 f.; act. I 21 S. 2 oben). Sodann wären die demonstrierten Gangstörungen einer Behandlung offenbar durchaus

zugänglich, wie aus dem hiavor (vgl. E. 3.12.1) bereits erwähnten Bericht der Rehaklinik H.\_\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2015 (act. II 35 S. 14 - 16) hervorgeht, konnte doch während der einmonatigen Hospitalisation ein sicheres Gangbild und eine Verbesserung des Gleichgewichts erzielt werden.

**3.12.3** Sodann liegt weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht eine ressourcenraubende Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300) vor. Insbesondere ist die in den Berichten der behandelnden Ärzte mitunter erwähnte depressive Störung remittiert (act. II 97.1 S. 11 f., 18).

**3.12.4** Mit Bezug auf den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) ergeben sich in den Akten keinerlei Hinweise auf Defizite, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten. Insbesondere hat Dr. med. E.\_\_\_\_\_ ausdrücklich festgehalten, dass weder eine Persönlichkeitsstörung noch akzentuierte Persönlichkeitszüge vorlägen (act. II 97.1 S. 21). Ferner ist mit Blick auf die Ausbildung der Beschwerdeführerin und ihre frühere Tätigkeit als ... von erheblichen intellektuellen Ressourcen auszugehen, die positiv ins Gewicht fallen.

**3.12.5** Im Weiteren weist der Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) auf erhebliche Kompensationspotentiale hin, sei die (seit anfangs ... mit einem neuen Partner in einer Zweieinhalbzimmerwohnung zusammenlebende [act. I 21 S. 1 unten]) Beschwerdeführerin doch sozial gut integriert, habe gute familiäre und ausserfamiliäre Unterstützung, sei kommunikationsfähig und motiviert (act. II 97.1 S. 16, 21). Ein sozialer Rückzug, der im Übrigen im Verhältnis zur geltend gemachten (hier 100%igen [vgl. S. 17]) Arbeitsunfähigkeit zu beurteilen wäre (Entscheid des BGer vom 30. April 2018, 9C\_271/2017, E. 4.6), liegt somit nicht vor.

**3.12.6** 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) zunächst festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach ihrem Umzug in eine Zweieinhalbzimmerwohnung den Haushalt – wenngleich angeblich mit

Mühe – selber erledigt (act. I 24 S. 1). Im Übrigen ist der von ihr geschilderte respektive konkret erfragte Tagesablauf durch Schlafen und Essen geprägt, jeweils morgens unterbrochen durch einen Spaziergang mit dem Hund (vgl. act. II 72 S. 4; 97.1 S. 16). Ein Hobby habe die Beschwerdeführerin nicht (S. 16). Zum Beschwerdespektrum befragt gab sie gegenüber Dr. med. E. \_\_\_\_\_ jedoch an, sie freue sich über Vieles im Leben, am ..., an ..., an ..., am ... und am ... (S. 15), was die von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ als solche bezeichnete „Vita minima“ (S. 24) zumindest relativiert. Auch wenn der Alltag gemäss Angaben der Beschwerdeführerin mehr durch Passivität denn durch aktives Tun geprägt ist, so erweist sich das geschilderte Aktivitätsniveau dennoch nicht als adäquat zur von der Beschwerdeführerin postulierten gänzlichen Arbeitsunfähigkeit (S. 17).

Zweifel bestehen schliesslich auch am behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), nimmt die Beschwerdeführerin nach dem Dargelegten (vgl. E. 3.12.2 vorne) doch weder ärztliche Behandlungen in Anspruch noch Medikamente ein.

**3.13** Die Beschwerdeführerin macht wiederholt geltend, das funktionelle Geschehen erfolge unbewusst bzw. sei nicht steuerbar (vgl. Eingaben vom 1. März 2018, S. 2 und vom 20. Juni 2018). Dr. med. E. \_\_\_\_\_ bejaht im Bewusstsein, dass die Validierung bei der Beschwerdeführerin „nicht konsistent“ sei, jedoch nicht „mit Sicherheit“ von einem bewusstseinsnahen und manipulativen Symptomdarstellen ausgegangen werden könne, eine unbewusste dissoziative Problematik (act. II 97.1 S. 20 f.). Auch der seit November 2017 behandelnde Psychiater med. pract. N. \_\_\_\_\_ geht – auf konkrete Nachfrage der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin – von einer nicht willentlich steuerbaren Problematik aus (act. I 20 S. 2).

Selbst wenn dies zutrifft, ist – im Lichte der Standardindikatoren von BGE 141 V 281 – die im bidisziplinären Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit und folglich eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Invalidität beweismässig nicht hinreichend erstellt, womit die gesamtgutachterlich attestierte, allein psychisch bedingte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bzw. die 60%ige Arbeitsunfähigkeit in einer den Leiden angepassten

Tätigkeit rechtlich nicht ausgewiesen und folglich nicht zu übernehmen ist. Dies gilt mit Bezug auf den gesamten Beurteilungszeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 9. November 2017, nachdem in den medizinischen Akten keine Hinweise für einen in psychischer Hinsicht wechselhaften Verlauf vorliegen (vgl. E. 3.1 vorne).

An diesem Ergebnis ändert auch nichts, dass die Beschwerdegegnerin Hilfsmittel in Form eines Rollstuhls zugesprochen hat (vgl. act. II 40 f.), folgt das IVG doch dem System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles (Art. 4 Abs. 2 IVG; BGE 126 V 241 E. 4 S. 242) und setzt die Zusprache einer Eingliederungsmassnahme rechtsprechungsgemäss nicht voraus, dass diese den für den Rentenanspruch massgebenden Invaliditätsgrad beeinflusst (BGE 142 V 523 E. 5.3.2 S. 532, 115 V 191 E. 5b S. 199; vgl. auch Entscheid des BGer vom 1. Juni 2016, 9C\_231/2016, E. 2.1). Schliesslich kann bei diesem Ergebnis offen bleiben, ob der von der Beschwerdegegnerin der Invaliditätsermittlung (implizit) zugrunde gelegte Status einer 100%igen Erwerbstätigkeit mit Blick auf das vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübte, allein teilzeitliche Erwerbsspensum (act. II 19 S. 6) korrekt ist.

**3.14** Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 9. November 2017 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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.

**4.2** 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):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. 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 öf-

fentlich-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.