

200 19 455 IV
SCP/FRN/ARJ

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. Januar 2020

Verwaltungsrichter Schütz, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Scheidegger, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Mai 2019



Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Juli 2015 unter Hinweis auf eine Meningoenzephalitis bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Daraufhin führte die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) erwerbliche und medizinische Abklärungen durch. Insbesondere liess sie die Versicherte vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) untersuchen (act. II 40; 77) und holte anschliessend ein interdisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Neurologie und Psychiatrie ein (psychiatrisches Gutachten von Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. September 2017 [act. II 117.2; Ergänzung vom 29. November 2017, act. II 125]; neurologisches Gutachten des Spitals D. _____, vom 15. Oktober 2017 [act. II 117.1]).

Mit Vorbescheid vom 18. Dezember 2017 (act. II 131) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung in Aussicht. Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, Einwand (act. II 133). Nachdem der RAD eine Fallbesprechung durchgeführt hatte (act. II 138; 139), liess die IVB die Versicherte erneut psychiatrisch begutachten (psychiatrisches Gutachten von Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 8. Januar 2019 [act. II 177.1]). Mit Vorbescheid vom 18. Januar 2019 (act. II 180) stellte die IVB wiederum die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht mit der Begründung, es bestehe kein Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung. Damit zeigte sich die Versicherte nicht einverstanden (act. II 183). Am 17. Mai 2019 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens (act. II 189).

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, nach wie vor vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, am 7. Juni 2019 Beschwerde und stellt folgende Anträge:

1. Die Verfügung vom 17. Mai 2019 ist aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine ganze Rente zuzusprechen.
2. Eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zur Neuurteilung zurückzuweisen.

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge

Mit Beschwerdeantwort vom 5. Juli 2019 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 20. August und 5. Dezember 2019 stellte die Beschwerdeführerin dem Gericht zwei Arztberichte des behandelnden Rheumatologen vom 15. August und 2. Dezember 2019 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 6 und 8) zu.

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 angefochtene 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 17. Mai 2019 (act. II 189). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin.

1.3 Die Abteilungen urteilen gewöhnlich in einer Kammer bestehend aus drei Richterinnen oder Richtern (Art. 56 Abs. 1 GSOG).

1.4 Das Gericht überprüft den angefochtenen Entscheid frei und ist an die Begehren der Parteien nicht gebunden (Art. 61 lit. c und d ATSG; Art. 80 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 141 V 281 E. 2.1 S. 285). Es 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).

2.2.1 Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.2.2 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285 und E. 2.2 S. 287; SVR 2016 UV Nr. 25 S. 83 E. 6).

Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender

Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

2.3 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Im Austrittsbericht des Spitals F. _____ vom 5. Juni 2015 (act. II 27 S. 12 ff.) diagnostizierten die Ärzte insbesondere eine Herpes simplex Meningoencephalitis bei einem Status nach viraler Meningitis im Juli 2013.

Die Beschwerdeführerin sei am 13. Mai 2015 aus ... ins Spital F. _____ verlegt worden. Am 11. Mai 2015 sei bei Meningismus und Liquorpleozytose in ... eine virale Meningitis diagnostiziert worden. Die antivirale Therapie sei für drei Wochen weitergeführt worden. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin am 1. Juni 2015 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand entlassen worden (S. 12 f.).

3.1.2 Die behandelnde Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 30. August 2015 (act. II 26 S. 2 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode unter aktueller antidepressiver Pharmakotherapie (ICD-10 F32.1) mit/bei: Belastungssituation durch eine rezidivierende bedrohliche Erkrankung seit Sommer 2014 (S. 2). Sie habe vom 7. November 2014 bis 31. Januar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Es bestehe eine anxio-depressive Stimmung mit psychomotorischer Verlangsamung und kognitiven Defiziten wie Konzentrations- Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, reduziertem Selbstwertgefühl, Perspektivenlosigkeit, Zukunftsängsten sowie neuropsychologische Defizite nach erlebter Meningoencephalitis (S. 4).

3.1.3 Dr. phil. H. _____ vom RAD hielt im Untersuchungsbericht vom 6. November 2015 (act. II 40) zur Beschwerdevalidierung fest, im vorliegenden Fall seien bei den einfachsten Testabschnitten die schlechtesten und bei den schwierigsten Elementen die besten Leistungen erbracht worden. Dies sei mit dem Wissen über die möglichen Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns nicht vereinbar und spreche logisch zwingend gegen eine organische und für eine funktionelle Ätiologie des Leistungsdefizites (S. 5). Kognitive Defizite liessen sich nicht objektivieren (S. 6).

3.1.4 Die RAD-Ärztin, Dr. med. I. _____, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte im Untersuchungsbericht vom 16. Dezember 2016 (act. II 77) unter anderem einen Status nach Herpes simplex Meningo-(Enzephalitis) 05/2015 wahrscheinlich HSV-Typ 2 sowie eine rezidivierende depressive Störung (S. 9). Zum Neurostatus hielt sie fest, es bestünden keine offensichtlichen Konzentrations- und/oder Gedächtnisstörungen. Die Spannkraft wirke vermindert, die Beschwerdeführerin wirke müde, werde

aber energisch, wenn sie sich gegen die Empfehlung für eine Rehabilitation wehre (S. 7). Obschon das MRI bland sei, würden die diskreten Koordinationsstörungen und auch die möglichen fokalen Anfälle auf eine zusätzlich enzephalitische Beteiligung hinweisen (S. 11). Nicht nachvollziehbar sei die heftige Reaktion gegen den Vorschlag einer stationären Rehabilitation. Es bestehe der Eindruck, dass die Beschwerdeführerin derzeit in einem Schonklima lebe (S. 12). Aufgrund der langen Krankschreibung bestehe vermutlich auch eine Dekonditionierung (S. 13).

3.1.5 Dr. med. J. _____, Facharzt für Neurologie, attestierte im Bericht vom 7. April 2017 des Spitals F. _____ (act. II 97) insbesondere Folgendes:

- Verdacht auf fokale Epilepsie
- Status nach enzephalopathischem Zustandsbild 10/2015
- Status nach Herpes simplex Meningoencephalitis (whs. HSV Typ II)
 - o Liquorpunktion vom 11. Mai 2015: HSV Typ I und HSV II im Liquor nachgewiesen
 - o Liquorpunktion vom 19. Juni 2015: HSV I und HSV II im Liquor nicht mehr nachgewiesen
- Status nach viraler Meningitis mit Herpes Juli 2013
- Exzessive Tagesschläfrigkeit bei Status nach dreimaliger Herpesmeningoencephalitis

Hinsichtlich der absenzartigen Störungen sei die Gesamtsituation stabil.

3.1.6 Im Austrittsbericht des Spital F. _____ vom 28. Juni 2017 (act. II 105) führten die Ärzte aus, die Beschwerdeführerin sei notfallmässig zugewiesen worden bei Anzeichen für eine mögliche Meningoencephalitis. Im Punktat hätten sich jedoch keine Hinweise für ein akutes infektiöses Geschehen ergeben. Die HSV-1 und HSV-2-PCR hätten sich letztendlich als negativ erwiesen (S. 4).

3.1.7 Im psychiatrischen Gutachten vom 25. September 2017 (act. II 117.2) stellte Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (S. 27):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Schwere depressive Episode, teilremittiert (ICD-10 F32.2)
- Somatoforme Störung (ICD-10 F45.8)
- Weitere Diagnosen siehe Hauptgutachten

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Siehe Hauptgutachten

Es habe in der Vergangenheit eine depressive Symptomatik vorgelegen, welche in einigen Berichten auch als „Burn-out“ bezeichnet worden sei. Die psychologische Belastung seien das hohe Arbeitsvolumen mit langen Arbeitszeiten, hohe Konflikthaftigkeit am Arbeitsplatz und allenfalls auch Schwierigkeiten in der Ehe gewesen. Es sei anzunehmen, dass die Konflikthaftigkeit der Arbeitssituation sich schon länger als vor der akuten Symptomatik im November 2014 symptomatisch gezeigt habe, wofür auch Äusserungen sprächen, dass erste Symptome schon Anfang des Jahres 2014, als die Übernahme der Firma begonnen habe, aufgetreten seien und dass sich die Symptomatik langsam zugespitzt habe, da schon Mitte 2014 ein Antidepressivum abgegeben worden sei. Der „Zusammenbruch“ im November 2014 sei damit als Eskalation dieser Entwicklung bei Fortbestand und Verschärfung der problematischen Situation zu sehen. Es sei aktuell diagnostisch von einer teilremittierten bei zu Beginn schweren Depression auszugehen. Komplizierend komme hinzu, dass die Beschwerdeführerin und im Wesentlichen auch die Behandler eine hohe Attribution der Symptomatik auf die abgelaufene organische Entwicklung gemacht hätten (S. 25). Die Angst vor einer Verschlechterung der Symptomatik oder einem Wiederauftreten scheine zentraler Anteil zu sein in der aktuellen Problematik. Hinzu kämen als chronifizierende und damit aufrechterhaltende Elemente Gewohnheitsbildung, erlebte Erleichterung durch Schonung und damit konditionierte Faktoren. Es scheine auch, dass körperliche Erkrankungen eher abgewehrt worden seien als Hinweis auf deren überhöhte Angstbesetzung im Kontext der hohen Leistungsmotivation. Diagnostisch lasse sich diese Konstellation am besten im Konzept der somatoformen Störungen einordnen. Auch systemische Aspekte wie die Überfürsorge der Tochter führten zu einer weiteren Konsolidierung (S. 26). Die Arbeitsfähigkeit sei mit 0% zu beziffern, diese sei im Verlauf seit dem 7. November 2015 nie relevant anders gewesen. In einem anderen Tätigkeitsbereich

bestehe keine höhere Arbeitsfähigkeit als in der angestammten Tätigkeit (S. 29 Ziff. VII).

3.1.8 Im neurologischen Gutachten des Spitals D._____, vom 15. Oktober 2017 (act. II 117.1, Federführung) stellten Dr. med. K._____, Facharzt für Neurologie und Dr. med. L._____, ..., folgende Diagnosen:

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Keine

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Exzessive Tagesmüdigkeit („Fatigue“) und Tagesschläfrigkeit
 - im Sinne einer nicht-organischen Hypersomnie
 - zusätzlich leichtes „Upper Airway Resistance Syndrome“ (UARS)
2. Status nach Herpes-simplex (HSV-2)-Meningitis 05/2015 sowie 07/2013
3. Anfallsartige Ereignisse unklarer Genese seit zirka 10/2015
4. Verdacht auf phobischen Schwindel
5. Migräne mit visueller Aura seit dem jungen Erwachsenenalter
6. Migräne ohne Aura

Seit der Meningitis vom Mai 2015 leide die Beschwerdeführerin anhaltend unter einer exzessiven Tagesmüdigkeit („Fatigue“) und Tagesschläfrigkeit mit verlängerter Bettliegezeit und konsekutiver Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen. Auch gemäss der durch sie ergänzend veranlassten schlafmedizinischen Untersuchung liege eine Hypersomnie vor. Die Hypersomnie mit unregelmässigem Schlaf-Wach-Rhythmus und begleitender Tagesmüdigkeit ordneten sie hauptsächlich als „nicht-organisch“ ein, d.h. als im Wesentlichen durch die psychische Situation bedingt (S. 25). Anhaltspunkte für anderweitige Ursachen der exzessiven Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit bzw. Hypersomnie hätten sie aktuell nicht. Insbesondere hätten sie keine überzeugenden Argumente dafür, dass diese als Folge einer zentralnervösen Infektion zu interpretieren seien: Obwohl in der Diagnoseliste des Austrittsberichts der Hospitalisation in ... vom 13. Mai bis 1. Juni 2015 (act. II 27 S. 12 ff.) von einer „Meningoencephalitis“ die Rede sei, werde dieses Postulat einer Affektion des Hirnparenchyms („-encephalitis“) weder mit klinischen noch mit bildgebenden Argumenten begründet. Die wenigen Symptome, die aufgrund der Berichte und anamnestisch dahingehend eingeordnet werden könnten, seien allesamt nicht in überzeugender

Weise mit einer encephalitischen Komponente vereinbar bzw. seien auf deutlich wahrscheinlichere anderweitige Ursachen zurückzuführen. Ein bereits im besagten Austrittsbericht beschriebenes Hemisyndrom rechts werde seitens der Beschwerdeführerin zwar immer wieder erwähnt, es habe jedoch auch während wiederholter neurologischer Untersuchungen kein konsistentes, über die Angaben der Beschwerdeführerin hinausgehendes Defizit objektiviert werden können. Insgesamt sei die Variabilität und diskrete Ausprägung der Befunde – auch in Zusammenschau mit einer unauffälligen MR-Bildgebung des Kopfes und den normwertigen somatosensibel evozierten Potentialen – gut mit einer somatoformen Störung (verwiesen wurde auf das Gutachten von Dr. med. C. _____), jedoch kaum mit einer strukturellen zentralnervösen Läsion vereinbar (S. 26). Dass darüber hinaus im aktuell (Juni 2017) im Spital angefertigten Schädel-MRI keinerlei postentzündliche Veränderungen sichtbar seien, spreche ebenfalls gegen eine stattgehabte Encephalitis. Damit habe es sich auch im 2015, wie bereits knapp zwei Jahre zuvor, mit grösster Wahrscheinlichkeit um eine reine Meningitis gehandelt. Ob es sich bei den anfallsartigen Störungen um epileptische und/oder „nicht-epileptische“ Ereignisse handle, müsse offen gelassen werden bzw. könne in diesem Rahmen nicht abschliessend beurteilt werden. In der Elektroenzephalografie (EEG) seien wiederholt keine Auffälligkeiten aufgezeichnet worden (S. 27). Die Gangunsicherheit, die situativ betont sei (Menschenansammlungen, weite Plätze), lasse an einen phobischen Schwindel denken. Klinische Hinweise für eine primär vestibuläre Ursache fänden sich anlässlich der hiesigen Exploration nicht. Die berichtete Bewegungsunruhe (Akathisie), die vor allem von der Familie der Beschwerdeführerin registriert werde, sähen sie am ehesten als Manifestation der psychischen Belastung. Bezüglich weiterer Abklärungen würden sie eine infektiologisch-fachärztliche Vorstellung empfehlen (S. 28).

3.1.9 Ergänzend zum psychiatrischen Gutachten vom 25. September 2017 hielt Dr. med. C. _____ am 29. November 2017 (act. II 125) fest, im Gutachtenszeitpunkt sei rein formal von einer mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Teilremittiert bedeute, dass sich der Schweregrad hinsichtlich der Anzahl oder der Schwere der Symptome reduziert habe, aber nicht der Status wie vor der Depression erreicht worden sei. Ab Anfang August 2016 habe keine schwere depressive Symptomatik mehr

vorgelegen (S. 2). Die somatoforme Störung sei als schwergradig zu betrachten. Dafür spreche vor allem, dass die Beschwerdeführerin aus verschiedenen Gründen relevant von dieser Thematik bestimmt werde (S. 3).

3.1.10 Dr. med. M._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte im Bericht vom 1. Dezember 2017 (act. II 129 S. 2 ff.) insbesondere eine Pulley-Läsion Grad II mit Instabilität der langen Bizepssehne Schulter links, eine PASTA-Läsion der Supraspinatussehne, eine hypertrophe Synovitis sowie eine beginnende Omarthrose links. Am 7. November 2017 sei die Operation erfolgt (S. 2). Die Beschwerdeführerin stelle sich zur klinischen Kontrolle der linken Schulter vor. Es zeige sich eine sehr gute und beschwerdefreie Gelenksfunktion (S. 4).

3.1.11 Im Bericht des Spitals D._____, vom 19. Oktober 2018 (act. II 174 S. 2 f.) diagnostizierten die Ärztinnen eine rezidivierende benigne lymphozytäre Meningitis (Mollaret-Meningitis). Sie hätten mit der Beschwerdeführerin die Option der präemptiven Einnahme von Valaciclovir bei Auftreten von Herpesbläschen auf der Haut besprochen (S. 2).

3.1.12 Dr. med. N._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, diagnostizierte im Bericht vom 7. Dezember 2018 (act. II 177.4 S. 2 ff.) insbesondere einen Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit. Die Beschwerdeführerin beklage eine progrediente Angina pectoris, welche sie bereits nach zwei Etagen Treppensteigen verspüre, und ein thorakales Klemmen ausgelöst mit Ausstrahlung in den Hals. Aufgrund der ausgeprägten Symptomatik und des kardiovaskulären Risikoprofils sollte eine Koronarangiografie durchgeführt werden (S. 2).

Nach durchgeführter Koronarangiografie vom 28. Dezember 2018 (act. II 177.4 S. 1) führte PD Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, zum Befund aus, es zeigten sich normale Koronargefässe ohne Stenose. Die LV-EF sei normal, der LV-EDP sei leicht erhöht bei deutlich erhöhtem arteriellen Blutdruck. Die Beschwerdeführerin habe vor fünf Monaten bereits mit dem Rauchen aufgehört, nun sollte noch der Blutdruck besser eingestellt werden.

3.1.13 Dr. med. E. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im psychiatrischen Gutachten vom 8. Januar 2019 (act. II 177.1) folgende Diagnosen:

- Status nach Anpassungsstörung in November 2014 bei Überlastung und Konflikten am Arbeitsplatz; Paarproblem (ICD-10 F43.21)
- Somatoforme Störung seit der zweiten Meningitis 2015 zu Beginn mit exzessiver Tagesmüdigkeit (ICD-10 F45.8)
- Status nach schwergradiger depressiver Episode nach zweiter (Mollaret-)Meningitis im Mai 2015 mit damals vermuteter schlechter Prognose, seit Mitte 2016 leicht bis mittelgradiger Schweregrad (ICD-10 F33.1)
- Anfallsartige Ereignisse unklarer Genese seit ca. Oktober 2015
- Neuropsychologisch unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion ohne eigenen Krankheitswert vom 6. November 2015
- Multiple psychosoziale Belastungen (zweite Scheidung, Schulden)
- Benigne, lymphozytäre Meningitis (Mollaret-Meningitis)
- Migräne mit und ohne Aura
- Aktenanamnestisch vegetative Dystonie
- Keine Anhaltspunkte für eine Suchtproblematik

Aus psychiatrischer Sicht sei im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 25. September 2017 (act. II 117.2) eine teilremittierte, zu Beginn schwere Depression (ICD-10 F32.2) diagnostiziert worden. Zum Untersuchungszeitpunkt habe ein mittelgradiger Schweregrad vorgelegen, es könne davon ausgegangen werden, dass ab Anfang 2016 keine schwere depressive Symptomatik mehr vorgelegen habe. Zusätzlich und schwerer gewichtet worden sei eine somatoforme Störung, ohne dass eine klare Zuordnung zu den vorgegebenen diagnostischen Kategorien möglich sei. Die Referentin teile diese diagnostische Beurteilung. Die Beschwerden seien vielfältig, die Beschwerdeführerin sei durch sie deutlich eingeschränkt (sie brauche Hilfe von ihren Kindern) und nur teilweise hätten organische Ursachen gefunden werden können. Wenn man sich von der Diagnostik der ICD-10 etwas löse, so liessen sich im Rahmen somatoformer Störungen drei Beschwerdebereiche unterscheiden: Schmerzen, funktionelle und pseudoneurologische Organstörungen wie zum Beispiel Schwindel oder Sensibilitätsstörungen, sowie Beschwerden aus dem Formenkreis von

chronischer Erschöpfung und Müdigkeit. Auch Mischbilder mit ängstlich-depressiven Symptomen seien bei der Mehrheit der Patienten beschrieben. Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich Symptome aus allen diesen Bereichen, wobei die Fatigue-Symptome im Vordergrund gestanden hätten (S. 22 f.). Bis zum Zeitpunkt der Untersuchung durch die Referentin sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten. Die Beschwerdeführerin schlafe nur noch ausnahmsweise tagsüber, sie fahre wieder Auto, spaziere mindestens drei Mal täglich ... und ... gerne bis eine Stunde am Stück. Anlässlich der Untersuchung wirke sie affektiv noch etwas labil, die Stimmung schwanke, sie wirke angespannt, weine mehrmals, als sie von ihrer Krankheit erzähle. Dies wirke dabei authentisch. Aktuell seien weiterhin psychosoziale Belastungen vorhanden, es stehe die Ehescheidung an, zudem habe sie Schulden und Beteiligungen. Dies möge eine Verstärkung der depressiven Symptome herbeiführen. Der aktuelle Schweregrad der depressiven Symptome entspreche einem leichten bis mittelgradigen Schweregrad gemäss ICD-10. An Leitsymptomen seien die depressive Stimmung und die erhöhte Ermüdbarkeit noch vorhanden, von den Nebensymptomen seien das verminderte Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, die negative und pessimistische Zukunftsperspektive und die Schlafstörungen vorhanden (S. 23).

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. E. _____ fest, die somatoforme Störung und die mittelgradige depressive Episode, welche bis zur Untersuchung durch Dr. med. C. _____ weiterbestanden habe, habe aufgrund von Konzentrations-/Antriebsstörungen und affektiver Instabilität und Ängsten zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit geführt (S. 25 Ziff. 8.4). Aktuell könne aufgrund der deutlichen Besserung im Verlauf des letzten Jahres von einer wahrscheinlich relevanten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Es sei empfehlenswert, eine AMA vorzunehmen, um die aktuell vorhandene Leistungsfähigkeit genauer beurteilen zu können (S. 24 Ziff. 7.2).

3.1.14 Dr. med. G. _____ nahm im Bericht vom 6. Februar 2019 (act. II 183 S. 7 f.) Stellung zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E. _____ vom 8. Januar 2019 und hielt fest, Dr. med. E. _____ gehe von „zweimaligen Meningitiden ohne Hirnbeteiligung“ aus. Wenn die infektiologische und neurologische Diagnostik retrospektiv auf dieser Art und mit

Sicherheit geändert bzw. korrigiert werden könne, dürfte man die Beschwerden der Beschwerdeführerin als (sonstige) somatoforme Störung ansehen. Ihrer Meinung nach handle es sich um anhaltende und subjektiv stark beeinträchtigende Beschwerden mit Krankheitswert, auch wenn sich keine hinreichende bzw. nachweisbare organische Ursache finden lasse (S. 7). Sie unterstütze die Empfehlung von Dr. med. E. _____, die Frage von beruflichen Massnahmen oder evtl. einer stationären Rehabilitation zu klären (S. 8).

3.1.15 Dr. med. J. _____ führte im Untersuchungsbericht vom 14. März 2019 (act. II 188) aus, nach selbständigem Stopp der antiepileptischen Medikation seien die absenzartigen Störungen vereinzelt wieder aufgetreten. Fortgesetzte Zeichen erhöhter Anfallsbereitschaft fehlten allerdings (S. 4). Er empfehle den Wiederbeginn von Lamotigin. Die Fahreignung sei gebunden an die Einnahme der antiepileptischen Medikation (S. 5).

3.1.16 Dr. med. P. _____, Facharzt für Rheumatologie, führte im Bericht vom 15. August 2019 (act. I 6) aus, die Beschwerdeführerin sei seit März 2019 wegen anamnestisch schon seit Jahren bestehenden Gelenksbeschwerden in Behandlung. Im Rahmen der Abklärungen seien Schwellungen der Gelenke gefunden worden, welche die Beschwerden erklärten. Spezifische Rheumafaktoren fänden sich im Blut nicht, der Sohn leide an einer Psoriasis. Dies alles spreche für eine Psoriasisarthritis. Durch die Schmerzen und Schwellungen sei die Beschwerdeführerin in der Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse der Effekt der Humira Therapie abgewartet werden.

Am 2. Dezember 2019 führte Dr. med. P. _____ aus (act. I 8), es zeige sich leider ein Fehlschlagen der Therapie. Es bestehe weiterhin die Verdachtsdiagnose einer Psoriasisarthritis. Er könne momentan die Diagnose nicht mehr erhärten. Die Beschwerdeführerin sei sicherlich zu 50% in einer Tätigkeit als ... eingeschränkt. Dies wegen Schmerzen und Schwellungen, verstärkt durch zunehmende Belastung.

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat,

ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Das neurologische Gutachten vom 15. Oktober 2017 (act. II 117.1) erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Insbesondere basiert die Beurteilung auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Der Gutachter hat gestützt auf die fachärztlichen Untersuchungen und die durchgeführten Testungen schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, dass in neurologischer Hinsicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht. Die Beurteilung, wonach die von der Beschwerdeführerin seit der zweiten Herpes-simplex Meningitis beklagte Beschwerdesymptomatik mit exzessiver Tagesmüdigkeit („Fatigue“), Sensibilitätsminderung für Berührung und Schmerz, Bewegungsunruhe, anfallsartigen Ereignissen mit Schwindel und Gangunsicherheit sich nicht mit einer strukturellen zentralnervösen Läsion nachvollziehen lässt,

überzeugt (act. II 117.1 S. 26 ff.). Das neurologische Gutachten vom 15. Oktober 2017 (act. II 117.1) steht insoweit in Übereinstimmung mit den Beurteilungen der behandelnden Neurologen, wonach ein akutes infektiöses Geschehen im Liquorbefund nicht mehr nachgewiesen werden konnte (act. II 97 S. 3; 105 S. 4) und im EEG fortgesetzte Zeichen erhöhter Anfallsbereitschaft fehlen (act. II 117.1 S. 27; 188 S. 4). Die Ärzte des Universitären Schlaf-Wach-Epilepsie-Zentrums leiteten ein normales EEG bei wacher und schläfriger Beschwerdeführerin ab (act. II 121 S. 2, 6).

Die von der Beschwerdeführerin weiter beklagten Störungen konnten weder mit den pneumologischen – keine Hinweise für eine respiratorische Schlafstörung (act. II 49 S. 7) – noch mit den kardiologischen Befunden – normale Koronargefässe ohne Stenose (act. II 177.4 S. 1) – erklärt werden. Schliesslich führten auch die orthopädischen Interventionen zu einer sehr guten und beschwerdefreien Gelenkfunktion an der linken Schulter (act. II 129 S. 4).

Nach dem Dargelegten ist festzustellen, dass sich die beklagten neuropsychologischen Defizite, soweit diese überhaupt bestehen – Dr. phil. H. _____ vom RAD konnte nach durgeführten Testungen keine kognitiven Defizite objektivieren (act. II 40 S. 6) –, nicht mit den durchgemachten Herpes-simplex Meningitis-Erkrankungen erklären lassen. Die von der Beschwerdeführerin während des Beschwerdeverfahrens eingereichten Berichte des behandelnden Rheumatologen vermögen an diesem Ergebnis nichts zu ändern, vermochte doch dieser bisher einzig die Verdachtsdiagnose einer Psoriasisarthritis zu stellen, die sich nach dem Fehlschlagen der Therapie nicht erhärtete (act. I 6; 8).

3.4 In psychiatrischer Hinsicht erfüllen sowohl das Gutachten des Dr. med. C. _____ vom 25. September 2017 (act. II 117.2) als auch dasjenige von Dr. med. E. _____ vom 8. Januar 2019 (act. II 177.1) die Anforderungen an ein voll beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 3.2 hiavor). Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt den Gutachten voller Beweis-

wert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die Gutachter diagnostizieren beide nachvollziehbar und überzeugend insbesondere eine somatoforme Störung (act. II 117.2 S. 27; 177.1 S. 21) und eine mittelgradige (act. II 117.2 S. 27; II 125 S. 3) bzw. leicht bis mittelgradige depressive Episode (177.1 S. 21). Auch die behandelnde Psychiaterin beurteilte die Beschwerdesymptomatik im Bericht vom 30. August 2015 (act. II 26 S. 2 ff.) als mittelgradige depressive Episode und geht – wenn von zweimaligen Meningitiden ohne Hirnbeteiligung auszugehen ist – von einer somatoformen Störung aus (act. II 183 S. 7).

Soweit sich in den beiden psychiatrischen Gutachten mit Bezug auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit Abweichungen ergeben – Dr. med. C._____ attestiert eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeitsbereichen (act. II 177.2 S. 29 Ziff. VII) und Dr. med. E._____ geht von einer (nicht prozentual bezifferten) relevanten Arbeitsfähigkeit aus (act. II 177.1 S. 24 Ziff. 7.2) –, lassen sich diese mit der von Dr. med. E._____ angenommenen langsamen Verbesserung des Gesundheitszustandes erklären (act. II 177.1 S. 23 f. Ziff. 7.1 f.). Beiden Gutachten ist denn auch eigen, dass die von der Beschwerdeführerin offenkundig und teils bewusst (vgl. dazu act. II 40 S. 5 ff., Beschwerdevalidierung durch Dr. phil. H._____) demonstrierte Selbstlimitierung und Eingliederungsresistenz (vgl. dazu act. II 77 S. 12, 14) ebenso unwidersprochen bleibt wie der sekundäre Krankheitsgewinn, welchen die Beschwerdeführerin gemäss der RAD-Ärztin infolge der Umsorgung durch ihr persönliches Umfeld im Rahmen eines „Schonklimas“ (vgl. act. II 78) bezieht.

3.5 Zu klären bleibt die Relevanz der erhobenen psychischen Störungen und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten Einschränkung. 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 resp. muss 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 (Entscheid des Bundesgerichts vom 25. Juni 2018, 8C_74/2018, E. 5.1).

3.5.1 Vorab ist festzuhalten, dass hier einzig aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung (act. II 40) Hinweise auf Ausschlussgründe im Sinne der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorliegen (vgl. E. 2.2.2 hier vor), indessen aber gestützt auf die medizinischen Gutachten eine Aggravation oder Simulation nicht als gegeben erachtet werden kann.

3.5.2 Im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298) ist zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ zu prüfen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298). Betreffend die somatoforme Störung geht Dr. med. C._____ davon aus, dass diese als schwergradig zu qualifizieren ist (act. II 125 S. 3). Zum Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. E._____ ist die somatoforme Störung nicht mehr als schwergradig zu beurteilen, weil eine langsame Besserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Insbesondere die Fatigue-Symptomatik habe sich verbessert, die Beschwerdeführerin schlafe nur noch ausnahmsweise tagsüber (act. II 177.1 S. 23). Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 f.) der depressiven Störung ist mittelschwer, weil die Gutachter die depressive Störung im Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. C._____ als mittelgradig (act. II 117.2 S. 27; II 125 S. 3) und im Zeitpunkt des Gutachtens von Dr. med. E._____ als leicht bis mittelgradig (act. II 177.1 S. 21) einstufen.

3.5.3 Sodann ist auf Verlauf und Ausgang von Therapien und Eingliederungsmassnahmen (und damit auf den jeweiligen Erfolg bzw. die Resistenz) als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Betreffend die Behandlung legte Dr. med. C._____ dar, eine Intensivierung der Therapie mittels eines

längeren Aufenthaltes in einer geeigneten Reha-Klinik empfehle sich. Der vor kurzem vorgenommene Wechsel des Antidepressivums schein zu einer Verbesserung geführt zu haben (act. II 117.2 S. 27 Ziff. IV 1.). Einem vorgeschlagenen Kuraufenthalt habe die Beschwerdeführerin nicht zugestimmt (act. II 117.2 S. 27 Ziff. IV 2.). Dr. med. E. _____ führte aus, die Compliance bezüglich der psychiatrischen Therapie sei bisher gut gewesen. Einen Rehabilitationsaufenthalt habe die Beschwerdeführerin 2016 als nicht zielführend erachtet, sie habe sich nicht dazu in der Lage gesehen (act. II 177.1 S. 24 Ziff. 7.2). Weiter besteht eine Resistenz gegenüber beruflichen und sozialrehabilitativen Massnahmen. So hat sich die Beschwerdeführerin gegenüber dem RAD dahingehend geäussert, dass sie keine Integrationsmassnahmen wünsche (act. II 78; vgl. E. 3.5.7 hiernach).

3.5.4 Zu prüfen ist weiter, ob massgebende Komorbiditäten bestehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 ff.). Neben den diagnostizierten psychischen Gesundheitsschäden liegen wie sich aus E. 3.3 hiervor ergibt, keine schweren körperlichen Begleiterkrankungen vor.

3.5.5 Betreffend den Komplex „Persönlichkeit“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) verwies Dr. med. C. _____ darauf, dass sich die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin durch eine prinzipiell hohe Leistungsmotivation auszeichne (act. II 117.2 S. 25). Dr. med. E. _____ führte aus, die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin sei klinisch und testpsychologisch, abgesehen von einer eher gering ausgeprägten Introspektionsfähigkeit, unauffällig (act. II 177.1 S. 23). Insoweit sind keine Persönlichkeitsmerkmale ersichtlich, die im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnten.

3.5.6 Zum Komplex „Sozialer Kontext“ (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im eigenen Haus zusammen mit der Tochter und deren Freund wohnt. Der Ehemann ist gemäss Angaben der Beschwerdeführerin 2017 ausgezogen. Die Tochter helfe sehr, auch finanziell. Der Sohn ... und lebe mit seiner Freundin zusammen (act. II 177.1 S. 16). Psychosoziale Belastungen sind vorhanden, die Ehescheidung steht an, zudem hat die Beschwerdeführerin Schulden und Beteiligungen (act. II 177.1 S. 16 S. 23).

Betreffend die Tagesstruktur ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin sich im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. C. _____ vom 19. Juli 2017 am Vormittag und Nachmittag hinlegte mit zeitweiligem Einschlafen. Im Garten mache sie wenig, den Haushalt könne sie erledigen, Putzen gehe bis zu 1.5 Stunden. Auto fahre sie nicht wegen der epileptischen Anfälle (act. II 117.2 S. 18 f.). Im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. E. _____ vom 23. Oktober 2018 hat sich die Tagesstruktur der Beschwerdeführerin verändert, was der langsamen Verbesserung des Gesundheitszustandes zuzuschreiben ist. Gemäss Dr. med. E. _____ schlafe die Beschwerdeführerin nur noch ausnahmsweise tagsüber, fahre wieder Auto und spaziere täglich mindestens drei Mal Zudem ... sie gerne bis eine Stunde am Stück (act. II 177.1 S. 16 S. 23). Nach dem Dargelegten verfügt die Beschwerdeführerin durchaus über soziale und das seelische Gleichgewicht stabilisierende Ressourcen.

3.5.7 Des Weiteren sind in der Kategorie „Konsistenz“ in Bezug auf die Einschränkung des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) Ungleichmässigkeiten ersichtlich. Die Schilderungen der Beschwerdeführerin zu ihrem Tagesablauf zeigen, dass die Einschränkungen sich nicht konsistent manifestieren. So könne sie den Haushalt erledigen und bis zu 1.5 Stunden putzen (act. II 117.2 S. 18 f.). Zudem hat sie zahlreiche Hobbies: ..., sie habe ..., ... und ... (act. II 177.1 S. 16) und überdies spaziere sie täglich mindestens drei Mal ... und ... gerne bis eine Stunde am Stück (act. II 177.1 S. 16, S. 23).

Schliesslich bleibt darauf zu verweisen, dass den Akten zu entnehmen ist, dass die Beschwerdeführerin, welche zuhause insbesondere von der Tochter in einem „Schonklima“ umsorgt wird, nicht mehr motiviert zu sein scheint, sich einer beruflichen Herausforderung und Wiedereingliederung überhaupt noch zu stellen (act. II 78). So verwies Dr. med. C. _____ darauf, dass die Beschwerdeführerin und vor allem auch deren Tochter auch nur den Beginn eines Aufbautraining als kaum möglich und zum Scheitern verurteilt betrachten bzw. es werde angenommen, dass eventuell Leistung möglich wäre, dies aber dann zu einem Scheitern der Freizeitaufgaben wie Haushaltsführung führen würde (act. II 117.2 S. 28 Ziff. V 1.). Diese Haltung der Beschwerdeführerin zeigte sich unter anderem bei der

neuropsychologischen Testung, anlässlich welcher bei den einfachsten Testabschnitten die schlechtesten und bei den schwierigsten Elementen die besten Leistungen erbracht worden sind, was gemäss Dr. phil. H. _____ vom RAD mit dem Wissen über die Folgen von Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns nicht vereinbar ist (act. II 40 S. 5). Auf diesem Hintergrund besteht auch – wie bereits erwähnt (vgl. E. 3.5.3 hiervor) – eine Resistenz gegenüber medizinischen, beruflichen und sozialrehabilitativen Massnahmen. Diesbezüglich wird sich die Beschwerdeführerin den zukünftigen Anforderungen eines potentiellen Arbeitgebers anzupassen haben.

3.5.8 Was den Indikator der „Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen“ anbelangt (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), ist festzuhalten, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung etabliert ist und eine Medikamenten-Compliance besteht, was zwar für einen gewissen Leidensdruck spricht. Ein mehrfach empfohlener Rehabilitationsaufenthalt (act. II 117.2 S. 27; 177.1 S. 24; 183 S. 8) wurde indessen mit Vehemenz abgelehnt, womit der Leidensdruck nicht als gross einzustufen ist.

3.6 In der Gesamtbetrachtung sind die gutachtlich postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund ist auf die ärztlicherseits attestierte Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Optik nicht abzustellen.

4.

Es ist zusammenfassend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit nicht eingeschränkt ist. Die Durchführung einer Invaliditätsbemessung erübrigt sich damit. Nach dem Dargelegten fehlt es der Beschwerdeführerin an einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden, weshalb sie keinen Anspruch auf Leistungen der IV hat. Die angefochtene Verfügung vom 17. Mai 2019 (act. II

189) ist deshalb nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

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

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

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

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

- Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
- IV-Stelle Bern
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.