

IV 200 2024 663  
WIS/LUB/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 18. März 2026**

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin  
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Kölliker  
Gerichtsschreiber Lüthi

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 30. August 2024



## Sachverhalt:

### A.

Die 1969 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), diplomierte ... und zuletzt mit einem Vollpensum als ... in einem ... angestellt, meldete sich im Mai 2021 unter Hinweis auf eine Long-Covid-Erkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 2, 4, 13). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen. Insbesondere holte sie die Akten des Unfallversicherers ein – der in Anerkennung der Erkrankung der Beschwerdeführerin als Berufskrankheit Leistungen erbrachte (vgl. act. II 1.1 S. 49 f., 42.1 S. 27) – und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_\_ ) mit Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie. Nachdem das polydisziplinäre Gutachten am 21. Dezember 2022 (act. II 92.2; inkl. Teilgutachten; act. II 92.3-5) erstattet worden war, wurde dieses auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 101) um die Untersuchung im Fachbereich Neuropsychologie durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ ergänzt. Nach Erstattung des neuropsychologischen Teilgutachtens vom 15. Juni 2023 (act. II 118.2) bzw. der ergänzten polydisziplinären Konsensbeurteilung vom 1. Juli 2023 (act. II 118.1) und der erneuten Vorlage an den RAD (act. II 125), stellte die IVB eine Rückfrage bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ (act. II 126), welche mit Stellungnahme vom 14. März 2024 (act. II 149) beantwortet wurde. Mit Vorbescheid vom 16. Juni 2024 (act. II 151) stellte die IVB der Versicherten die Verneinung des Anspruchs auf IV-Leistungen in Aussicht, da kein Gesundheitsschaden mit Krankheitswert bestehe. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 154) verneinte die IVB mit Verfügung vom 30. August 2024 (act. II 156) dem Vorbescheid entsprechend den Leistungsanspruch.

**B.**

Mit Eingabe vom 27. September 2024 erhob die Versicherte, weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_, Beschwerde. Sie beantragte, in Gutheissung der Beschwerde sei die angefochtene Verfügung vom 30. August 2024 aufzuheben und die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. November 2021 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 24. Oktober 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

**Erwägungen:**

**1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwal-

tungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 30. August 2024 (act. II 156). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine IV-Rente (vgl. Beschwerde S. 2 Ziff. I).

**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 Abs. 1 lit. c Ziff. 1 und Art. 84 Abs. 3 VRPG).

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV [WEIV]) und weiterer Erlasse, insbesondere des ATSG und der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201), in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelung – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 150 V 89 E. 3.2.1 S. 95, 150 V 323 E. 4.2 S. 328, 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Zwar datiert die angefochtene Verfügung vom 30. August 2024 (act. II 156), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Indessen erfolgte die Anmeldung zum IV-Leistungsbezug im Mai 2021 (act. II 2), womit der potentiell frühestmögliche Rentenbeginn noch vor dem 1. Januar 2022 liegt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Zudem ist für die Zeit nach dem 1. Januar 2022 kein Revisionsgrund mit Neufestsetzung des Rentenanspruchs gegeben, womit das bis 31. Dezember 2021 geltende Recht (fortan aArt.) zur Anwendung gelangt (vgl. auch Ziff. 9100 f. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 151

V 137 E. 4.3 S. 140, 186 E. 4.1 S. 189, 264 E. 6.2 S. 266, 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6).

**2.2** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

**2.3** 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 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). 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 Rechtspre-

chung 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 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

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

**2.5** Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C\_540/2020 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht ist den Akten – soweit entscheidungswesentlich – das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im – zu Händen des Unfallversicherers erstatteten – polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_\_ (D.\_\_\_\_\_), vom 16. August 2021 (act. II 42.2) mit Untersuchungen in den Fachbereichen Neuropsychologie, Neurologie und Psychiatrie wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 42.2 S. 24 f. Ziff. 6 und Ziff. 7 Ziff. 3.3 f.):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Post-Covid-Syndrom (ICD-10 U09.9 [recte wohl: U09.9!]) mit/bei
  - Fatigue, fibromyalgiforme Schmerzen, unsystematischer Schwindel, kognitive Beschwerden
  - kein fokal-neurologisches Defizit, keine objektivierbare neuropsychologische Störung, keine psychiatrischen komorbiden Erkrankungen nachweisbar

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Belastungsdyspnoe (ICD-10 R06.0; ED April 2020)

Es lägen grundsätzlich keine objektivierbaren pathologischen Befunde vor, die die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären könnten. Gemäss den Long-/Post-Covid-Leitlinien der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) sei dies charakteristisch bei SARS-CoV-2-Infektionen. Die Beschwerdeführerin habe bereits im Vorfeld der aktuellen Erkrankung an Belastungsdyspnoe gelitten, welche sich zwischenzeitlich subjektiv gebessert habe; der behandelnde Pneumologe gehe hierbei von einer allgemeinen Dekonditionierung als Ursache aus. Diese vorbestehende gesundheitliche Problematik sei nicht geeignet, die aktuellen Beschwerden und die aktuelle Arbeitsunfähigkeit zu erklären. Gemäss den AWMF-Long-/Post-Covid-Leitlinien bei SARS-CoV-2-Infektion müsse im vorliegenden Fall überwiegend wahrscheinlich von einem sogenannten Post-Covid-Syndrom ausgegangen werden. Die subjektiven Beschwerden gingen darauf zurück. Aktuell sei für die Tätigkeit als ... und ... in einem ... mit körperlich mittelschweren bis schweren sowie administrativen Arbeitsanteilen von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % bezogen auf ein vollschichtiges Arbeitspensum auszugehen (act. II 42.2 S. 25 Ziff. 7 Ziff. 3.2-5.1). Eine Umverteilung des Arbeitspensums auf den ganzen Tag mit Einführung mehrerer Pausen und Vermeidung von mittelschwerer bis schwerer Arbeit sei empfehlenswert. Arbeiten mit einfachen organisatorischen Aufgaben ohne höhere komplexere Anforderungen seien weiterhin

zumutbar. Körperlich mittelschwere und schwere Arbeiten sollten auf ein Minimum reduziert werden, zudem sollten über den Tag verteilt mehrere Pausen eingelegt werden. Die Beschwerdeführerin arbeite aktuell nach eigenen Angaben vier Stunden und zehn Minuten pro Tag an fünf Tagen die Woche. Dies sei medizinisch nachvollziehbar für die aktuelle Tätigkeit und entspreche der gutachterlich postulierten Arbeitsfähigkeit von 50 %. Bei Anpassung der Arbeit (Meidung körperlich mittelschwerer bis schwerer Arbeit; vermehrtes Einschalten von Pausen über den Tag) sowie nach Durchführung einer stationären Rehabilitation sei eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 60–80 % zu erwarten (act. II 42.2 S. 26 Ziff. 5.1-5.3).

In neurologischer Hinsicht liessen sich klinisch-neurologisch, analog zu den Untersuchungen des Spitals E.\_\_\_\_\_, keine wegweisenden Befunde erheben; der Hirnnervenstatus sei intakt, der genannte Schwindel lasse sich nicht objektivieren. Paresen oder Sensibilitätsstörungen lägen ebenfalls nicht vor, Stand- und Gangversuche seien unauffällig. Zusammenfassend könne in Anbetracht des Zeitverlaufs und der subjektiv beklagten Symptomatik nach stattgehabter Covid-19-Erkrankung gemäss S1-Leitlinie Post-Covid/Long-Covid überwiegend wahrscheinlich von einem sog. Post-Covid-Syndrom ausgegangen werden. Kernsymptome seien u.a. Fatigue, Insomnie, unspezifische, fibromyalgiforme Schmerzen, subjektive kognitive Störungen, Riech- und Geschmackstörungen und auch psychische Beschwerden, wie sie teilweise auch von der Beschwerdeführerin geltend gemacht würden. Nach der Infektion im November sei es zu Erschöpfung, Schwindel, Schmerz sowie subjektiven kognitiven Einschränkungen gekommen, weswegen die Eingliederung in die angestammte Tätigkeit nur bis 50 % gelungen sei. Ein klinisch-neurologisches Korrelat der Beschwerden sei, analog zur Aktenlage (E.\_\_\_\_\_ Bern), jedoch nicht ersichtlich (act. II 42.2 S. 22 f. Ziff. 5.1).

In neuropsychologischer Hinsicht liessen sich in der durchgeführten neuropsychologischen Testung die von der Beschwerdeführerin geltend gemachten kognitiven Beschwerden nicht objektivieren. Die Leistungen in den durchgeführten Tests lägen überwiegend im Normbereich, einzelne Testleistungen lägen leicht unterhalb des Normbereichs, eine krankheitswertige neuropsychologische Störung könne jedoch nicht objektiviert werden. Kli-

nisch wirke die Beschwerdeführerin im Verlauf der mehrstündigen Untersuchung zunehmend erschöpft und nicht mehr leistungsfähig. Die durchgeführte Beschwerdevalidierung sei unauffällig ausgefallen und somit bestünden keine Hinweise auf Inkonsistenzen, Selbstlimitierung oder Aggravation. Es lägen auf neuropsychologischem Gebiet auch keine anderen möglichen Ursachen vor, die die subjektiven Beschwerden erklären könnten. Von neuropsychologischer Seite könnten somit die in der neurologischen Beurteilung gemachten Angaben gestützt werden. Es bestehe ein subjektives Beschwerdebild mit Erschöpfung, Muskelschmerzen, Leistungsintoleranz, reduzierter Belastbarkeit sowie Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, welches nicht objektiviert werden könne. Die Beschwerden entsprächen den in den schon zitierten Long-/Post-Covid-Leitlinien aufgeführten, nach einer SARS-CoV-2-Infektion auftretenden Beschwerden und entzögen sich derzeit einer Objektivierung, zumal die genaue Ätiopathogenese noch nicht bekannt sei (act. II 42.2 S. 23 Ziff. 5.1).

In psychiatrischer Hinsicht beschreibe die Beschwerdeführerin bei der aktuellen Untersuchung nachvollziehbar und ohne Dramatisierung die Symptome einer ausgesprochenen Fatigue, die gut vereinbar mit den Kriterien einer Long-Covid-Erkrankung sei. Hinweise auf Aggravation liessen sich nicht erkennen, die funktionelle Beeinträchtigung sei auch im Alltag jederzeit nachvollziehbar. Hinweise auf depressive Symptome oder eine Angst-erkrankung seien nicht eruierbar, im Gegenteil bestehe der Wille, selber aktiv an der Genesung teilzunehmen und die Erkrankung zu überwinden. Die Schmerzsituation sei nicht an psychische Belastungen gekoppelt und weise auch sonst nicht auf eine somatoforme Ausprägung hin. Zusammenfassend könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin an einem Long-Covid-Syndrom leide als Folge einer Covid-19-Erkrankung, die sie bei der Arbeit erlitten habe. Psychiatrische Auffälligkeiten seien nicht prominent, sodass eine psychiatrische Therapie im weitesten Sinne nicht indiziert sei. Allerdings sei die bestehende psychologische Unterstützung sinnvoll, um Covid-19 assoziierte Einschränkungen besser verarbeiten zu können (act. II 42.2 S. 24 Ziff. 5.1).

**3.1.2** Der RAD-Arzt Prof. Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, nannte im Bericht vom 10. Juni 2022 (act. II 56) als Diagnosen ein Post-

Covid-Syndrom (ICD-10 U09.9 [recte wohl: U09.9!]), eine Belastungsdyspnoe unklarer Ursache (ED April 2020; ICD-10 R06.0), den Verdacht auf undifferenzierte Konnektivitis, eine Adipositas (85 kg/160 cm, BMI 35.8 kg/m<sup>2</sup>), ein lumbo-spondylogenes Schmerzsyndrom (ED 2016), eine laparoskopische Cholezystektomie bei Lithiasis (Oktober 2021), eine chronisch atrophe Gastritis, einen rezidivierenden Eisenmangel und eine Epicondylitis radialis humeri rechts (ED November 2021; act. II 56 S. 4). Der dokumentierte Verlauf sei nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin leide an den Folgen eines Long-Covid, habe einen 50%igen Arbeitsversuch unternommen, welcher aufgrund des vorhandenen Erschöpfungszustands und der Konzentrationsschwäche gescheitert sei. Auch nach einem Rehabilitationsaufenthalt habe sich die Situation nicht verbessert, die Beschwerdeführerin bleibe seit August 2021 bis auf weiteres 100%ig arbeitsunfähig attestiert, der weitere Heilungsverlauf müsse nun abgewartet werden. Inkonsistenzen seien im Dossier nicht enthalten. Aufgrund der vorhandenen Akten könne kein Zumutbarkeitsprofil erstellt werden, dies müsse gutachterlich (polydisziplinär; Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie) weiter abgeklärt werden. Die Beeinträchtigungen bestünden seit dem 18. November 2020 (act. II 56 S. 5).

**3.1.3** Im polydisziplinären Gutachten der C. \_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2022 (act. II 92.2) mit Untersuchungen in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie und Psychiatrie, wurden interdisziplinär die folgenden Diagnosen gestellt (act. 92.2 S. 8 Ziff. 4.2):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Long-Covid-19-Syndrom (ICD-10 U09.9!) mit/bei
  - St. n. SARS-CoV2-Infektion November 2020
  - Körperlichem und kognitivem Fatigue-Syndrom, unsystematischem Schwindel, postexertioneller Malaise, Muskelschmerzen, Brainfog, fluktuierenden Geschmacks- und Geruchs-, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Adipositas Grad II nach WHO (ICD-10 E66.01)
- Hyperurikämie, aktuell nicht medikamentös behandelt (ICD-10 E79.0)
- Thrombozytopenie unklarer Ätiologie (ICD-10 D69.6)
- Vd. a. Exsikkose (ICD-10 E86)

Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, im Vordergrund der subjektiven und der objektivierbaren Befunde stünden die neurologischen Diagnosen, welche in ihrer Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten (act. II 92.2 S. 8 Ziff. 4.3). Bei den durchgeführten Untersuchungen hätten keine wesentlichen Diskrepanzen bzw. Inkonsistenzen oder Unplausibilitäten festgestellt werden können (act. II 92.2 S. 9 Ziff. 4.6). Aus allgemein-internistischer und psychiatrischer Sicht bestehe weder in der bisherigen Tätigkeit noch in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit; aus neurologischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit jeweils 100 %, weshalb sich aus interdisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit ergebe. Eine aktuell ausgewiesene versicherungsmedizinische Relevanz der Diagnosen könne seit November 2020 angenommen werden (act. II 92.2 S. 10 S. 4.7).

Im allgemein-internistischen Teilgutachten erwähnte Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie, es lägen keine versicherungsmedizinisch relevanten Krankheitsbilder vor (act. II 92.3 S. 11 Ziff. 6.3).

Im neurologischen Teilgutachten führte PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, aus, nach einem vorausgegangenem Aktenstudium sowie aufgrund der aktuellen Anamnese und klinisch-neurologischen Untersuchung sei festzuhalten, dass eine versicherungsmedizinisch relevante neurologische Diagnose geltend gemacht werden könne. Sämtliche diagnostischen Kriterien eines (schweren) Long-Covid-19-Syndroms seien erfüllt. Eine alternative Erklärung für den schweren Erschöpfungszustand habe bisher nicht objektiviert werden können. Der aktuelle Neurostatus sei normal, wobei namentlich auch keine neuro-vestibulären oder muskulären Defizite nachweisbar seien. Auswärtige apparative Abklärungen (u.a. umfassende Schlaf- und Elektrodiagnostik sowie neuro-/immunologische Untersuchungen) hätten ebenfalls keine wegweisenden Befunde ergeben. Die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei dadurch erschwert, dass die geäusserten Beschwerden rein subjektiver Art seien. Da die Beschwerdeführerin bereits nach der Morgenhygiene völlig erschöpft sei, erscheine eine geregelte Arbeitstätigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit nicht zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei in einer Long-Covid Sprechstunde

angebunden und werde lege artis behandelt (medikamentös, Physio- und Ergotherapie; act. II 92.4 S. 13 Ziff. 6.3). Die von ihr gemachten Angaben seien konsistent und plausibel (act. II 92.4 S. 15 Ziff. 7.3). Sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch eine optimal angepasste Tätigkeit seien aufgrund des Schweregrads der aktuellen Symptomatik nicht zumutbar (act. 92.4 S. 17 f. Ziff. 8.1 f.).

Im psychiatrischen Teilgutachten vermerkte dipl. Arzt I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine psychiatrische Diagnosen (act. II 92.5 S. 18 Ziff. 6). Eine Fortsetzung der ambulanten psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung erscheine sinnvoll, um eine durch die körperlichen Beschwerden bedingte psychische Verschlechterung zu vermeiden (act. II 92.5 S. 20 Ziff. 7.2). Aus psychiatrischer Sicht bestünden bei der somatisch bedingten Long-Covid Symptomatik keine Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit; die Beschwerdeführerin sei in der Lage die Arbeit weiterhin auszuführen (act. II 92.5 S. 22 Ziff. 8.1 f.).

**3.1.4** Der RAD-Arzt Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt im Bericht vom 8. März 2023 (act. II 101) fest, im neurologischen Teilgutachten werde erwähnt, dass der Ehemann der Beschwerdeführerin offenbar "auch unter einem Chronic Fatigue Syndrom" leide. Dies lasse den Schluss nahe, dass die Beschwerdeführerin selber auch unter einem "Chronic Fatigue Syndrom" leide. Im neurologischen Gutachten werde dazu aber nicht Stellung genommen und diese Diagnose werde weder besprochen noch gestützt auf konkrete, objektive medizinische Befunde gestellt. Insofern sei das neurologische Teilgutachten inkomplett. Gemäss den "Empfehlungen für die versicherungsmedizinische Abklärung bei Post-Covid-19-Erkrankung (Version 01) vom 17. März 2022 der SIM (Swiss Insurance Medicine, Versicherungsmedizin Schweiz)" wäre im Rahmen einer (polydisziplinären) Begutachtung auch neuropsychologisch zu untersuchen. Danach soll die Einschätzung des Schweregrades etwaig ermittelter neuropsychologischer Störungen anhand spezifischer Kriterien erfolgen und in Beziehung zur Funktions- und Arbeitsfähigkeit gesetzt werden. Eine neuropsychologische Untersuchung und Beurteilung habe durch die Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_\_ nicht stattgefunden. Es sei bei der Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_\_ nachzufragen, ob noch eine neuropsychologische Be-

gutachtung erfolgen und Stellung zum neurologischen Gutachten genommen werden könne (act. II 101 S. 3).

**3.1.5** Im um die neuropsychologische Untersuchung erweiterten polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2023 (act. II 118.1) wurden interdisziplinär die am 21. Dezember 2022 gestellten Diagnosen (vgl. act. 92.2 S. 8 Ziff. 4.2) bestätigt. Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung hielten die Gutachter wiederum fest, im Vordergrund der subjektiven als auch der objektivierbaren Befunde stünden die neurologischen Diagnosen, welche in ihrer Gesamtheit die Leistungsfähigkeit (und Arbeitsfähigkeit) beeinträchtigten (act. 118.1 S. 9 Ziff. 4.2 f.). Ergänzend führten sie aus, es ergäben sich Inkonsistenzen zwischen den erhaltenen Befunden, aber auch zu den neuropsychologischen Vorbefunden und dem Verhalten in der Untersuchung. Die Beschwerdeführerin zeige im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung im Juli 2021 eine signifikante Leistungsverschlechterung in der Alertness sowie eine leichte verbale Abrufstörung und verminderte Impulskontrolle. Dieser Leistungsabfall zur neuropsychologischen Voruntersuchung im Juli 2021 mit damals objektivierten unauffälligen Befunden sei ätiologisch nicht erklärbar. Auch lägen Diskrepanzen zwischen den ermittelten Ergebnissen und bekannten Hirnfunktionsmuster vor. Das Antwortverhalten in den formalisierten kognitiven Beschwerdevalidierungen falle wiederholt auffällig aus. Die a-priori-Kooperativität und Konsistenzprüfung zeigten sich jedoch nicht komplett unauffällig. Die gesamte objektivierbare Befundlage zusammen mit eingebetteten Validitätsindikatoren aus der Testung begründe erhebliche Zweifel an der Authentizität der Beschwerdedarstellung und der Validität der erhaltenen Befunde der Alertness, aber auch der geltend gemachten schweren Fatigue (act. II 118.1 S. 10 Ziff. 4.6). Die Gutachter verneinten Hinweise für Aggravation oder Simulation/Dissimulation (act. II 118.1 S. 11 Ziff. 4.6.1). Schliesslich wurde – unter Berücksichtigung der in den jeweiligen Teilgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeiten (von 0 % in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit in allgemein-internistischer, psychiatrischer sowie neuropsychologischer Hinsicht und von 100 % in der bisherigen Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit in neurologischer Hinsicht) – aus interdisziplinärer Sicht wiederum eine volle Arbeitsunfähigkeit in jedweder Tätigkeit attestiert. Hinsichtlich Verlauf wurde weiterhin eine aktuell ausge-

wiesene versicherungsmedizinische Relevanz der Diagnosen seit November 2020 angenommen und ergänzend ausgeführt, auf der Grundlage der im aktuellen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen nur zum Teil plausibel und nachvollziehbar. Dies gelte z.B. für den Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 5. Oktober 2022 (vgl. act. II 83), indem die Spezialistin keine versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen auf dem psychiatrischen Fachgebiet habe feststellen können (act. II 118.1 S. 11 Ziff. 4.7).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 15. Juni 2023 erwähnte M.Sc. L.\_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie SVNP/FSP, in Anbetracht der unauffälligen neuropsychologischen Befunde im Juli 2021 ergebe sich in der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung ein überlagertes Bild. Die formalen Leistungen seien stark schwankend, der dargestellte Leistungsabfall und Ausprägungsgrad demonstrierter Einbussen ohne entsprechendes hirnologisches Ereignis seien nicht nachvollziehbar und stünden in keinem Verhältnis zu den Beobachtungen und dem klinischen Eindruck im Gespräch (act. II 118.2 S. 14 Ziff. 4.3.1). Die Beschwerdeführerin präsentiere sich deutlich belastet und durch vorhandene Krankheitsüberzeugungen überzeichnet. In zwei von drei zur kognitiven Performanz- und Beschwerdevalidierung durchgeführten Verfahren überschritten die erhaltenen Befunde den Grenzwert für negative Antwortverzerrungen. In einem Verfahren liege die erhaltene Leistung über alle gemessenen Durchgänge auf dem Grenzwert. Es ergäben sich Inkonsistenzen in der Befundlage. Die Beschwerdeführerin zeige keine Hinweise einer kognitiven oder psychomotorischen Verlangsamung in Wortflüssigkeitsaufgaben und auch die kognitive Informationsverarbeitung und Arbeitsgeschwindigkeit im Zahlen-Symbol Test präsentierten sich regelrecht. Die Alertness vorangehend gemessen präsentiere sich jedoch leicht vermindert und das Leistungsverhalten fluktuiere. Die Alertness nochmals am Ende geprüft, zeige nun ein schwer verzögertes und ausgeprägt stark fluktuierendes Reaktionsverhalten und es unterliefe der Beschwerdeführerin Auslassungen in der phasischen Alertness mit Warnton und in der tonischen Alertness ohne Warnton. Bei unauffälligen Vorbefunden der Alertness ohne zwischenzeit-

lich stattgehabtes hirnorganisches Ereignis sei dieser Befund absolut unplausibel und nicht nachvollziehbar. Die Anzahl der Auslassungen sei auch in Anbetracht einer Fatigue fraglich glaubwürdig. Insbesondere träten solche extremen Reaktionsverlangsamungen, wie sie die Beschwerdeführerin darstelle, nur nach schweren Hirnschädigungen auf, so dass das Vorliegen vieler Auslassungen bei einer Testperson ein sicherer Hinweis auf ein Simulationsverhalten sei. Bei ebenfalls in der neuropsychologischen Voruntersuchung unauffälligen Befunden im Bereich Lernen und Gedächtnis bilde sich aktuell eine leichte verbale Abrufstörung ab. Das Lernen einer akustisch vorgegebenen Wortliste gelinge regelrecht, wobei die Lernkurve einen flachen Verlauf zeige und Hinweis einer möglich wahrscheinlichen suboptimalen Leistungsbemühung gebe. Des Weiteren zeige die Beschwerdeführerin bei guter visuo-verbaler Interferenzabwehr eine leicht verminderte inhibitorische Kontrolle/Impulskontrolle, die sich in der Voruntersuchung ebenfalls nicht dargestellt habe (act. II 118.2 S. 15 Ziff. 4.3.1). Zusammenfassend zeige sie im Vergleich zur neuropsychologischen Untersuchung im Juli 2021 eine signifikante Leistungsverschlechterung in der Alertness sowie eine leichte verbale Abrufstörung und verminderte Impulskontrolle. Dieser Leistungsabfall zur neuropsychologischen Voruntersuchung mit damals objektivierten unauffälligen Befunden sei ätiologisch nicht erklärbar. Bei aktuellen Hinweisen eines nicht authentischen Leistungsverhaltens sei die Glaubhaftigkeit über das Ausmass der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen in Frage zu stellen (act. II 118.2 S. 16 Ziff. 4.3.1). Auf neuropsychologischem Fachgebiet sei keine Diagnose zu stellen. Die Beschwerdeführerin verfüge weiterhin über gute kognitive Ressourcen und es ergäben sich keine fassbaren Hinweise von Konzentrations- oder Merkfähigkeitsstörungen. Ungünstiger Faktor sei jedoch die subjektive Krankheitsüberzeugung, die Überzeugung einer schweren Fatigue, und die somit mit hoher Wahrscheinlichkeit auch gut vorhandene Ressourcen überlagere und (diese) dysfunktional angewendet würden (act. II 118.2 S. 18 Ziff. 6.3 und 7.2). Aus rein neuropsychologischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (act. II 118.2 S. 19 Ziff. 8.1).

**3.1.6** In Beantwortung der auf Empfehlung des RAD (act. II 125 S. 3) an den neurologischen Gutachter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ am

12. September 2023 gestellten Frage, inwiefern sich in Kenntnis der neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse Veränderungen an dessen Beurteilung ergäben (act. II 126), führten nach diversen Mahnungen (act. II 130, 131, 132, 147) der medizinische Leiter der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_, Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 14. März 2024 (act. II 149) aus, nach nochmaliger Durchsicht der Akten, der Tonaufnahmen des neurologischen Teilgutachtens und unter Berücksichtigung der Ergebnisse des neuropsychologischen Teilgutachtens müsse die Beurteilung revidiert werden. In der klinisch-neurologischen Untersuchung liessen sich keine somatischen Defizite objektivieren, welche eine anhaltende oder längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen liessen. Somit sei die Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht in ihrer angestammten Arbeitstätigkeit als voll arbeitsfähig anzusehen.

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244 E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C\_260/2020 E. 2.2).

**3.3** Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 30. August 2024 (act. II 156) in allgemein-internistischer und psychiatrischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2022 (act. II act. II 92.2) bzw. die Teilgutachten von dipl. Arzt I. \_\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2022 (act. II 92.5) und Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2022 (act. II 92.3) und in neuropsychologischer Hinsicht auf das Teilgutachten der Fachpsychologin M.Sc. L. \_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2023 (act. II 118.2) sowie in neurologischer Hinsicht auf die Stellungnahme der Dr. med. M. \_\_\_\_\_ und PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ der Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2024 (act. II 149). Die Beurteilungen erfüllen die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung (vgl. E. 3.2 hiavor) und überzeugen. Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen, sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand bzw. der Arbeits- und Leistungsfähigkeit überzeugen.

**3.3.1** Auf allgemein-internistischem Fachgebiet stellte der Gutachter Dr. med. G. \_\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 92.3 S. 11 Ziff. 6.1) und attestierte dementsprechend eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit (act. II 92.3 S. 13 f. Ziff. 8, 92.2 S. 10 Ziff. 4.7). Dies korreliert mit den gutachterlich erhobenen Untersuchungsbefunden. Der körperliche Untersuchungsbefund zeigte ausser der Adipositas einen altersentsprechenden bzw. unauffälligen Zustand (act. II 92.3 S. 9 Ziff. 4.3.1). Die zusätzlichen apparativen/bildgebenden Befunde (Ruhe-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Röntgen Thorax und transthorakale Echokardiopathie, allesamt vom 19. September 2022) sowie das Labor (vom 19. September 2022) waren ebenfalls (weitgehend) unauffällig bzw. offenbarten keine versicherungsmedizinisch relevanten Krankheitsbilder (act. II 92.3 S. 9 f. 4.3.2). Im Übrigen führten die behandelnden Ärzte am Spital E. \_\_\_\_\_, im Bericht vom 18. März 2022 die geltend gemachte Erschöpfung der Beschwerdeführerin auch nicht auf eine Pneumopathie zurück und sie empfahlen weiterhin eine regelmässige körperliche Belastung (act. II 46 S. 11), worauf der allgemei-

ninternistische Gutachter zutreffend hinwies (act. II 92.3 S. 11 Ziff. 5). Des Weiteren ergab die kardiale Abklärung am Spital E.\_\_\_\_\_ vom April 2021 einen unauffälligen Normalbefund, der keine Anhaltspunkte für eine Herzerkrankung lieferte (act. II 46 S. 53). Unter diesen Umständen sind auch in diesen beiden Teilgebieten der Allgemeinen Inneren Medizin (vgl. <www.flexikon.doccheck.com> Schlagwörter: "Pneumologie" und "Kardiologie") keine erheblichen bzw. langandauernden Gesundheitsschäden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen.

**3.3.2** Auf psychiatrischem Fachgebiet bestanden gemäss der gutachterlichen Beurteilung von dipl. Arzt I.\_\_\_\_\_ keine Diagnosen (act. II 92.5 S. 18 Ziff. 6). Folglich attestierte der psychiatrische Gutachter eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit (act. II 92.5 S. 22 Ziff. 8), was überzeugt. Ausweislich des AMDP-konform (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) erhobenen psychiatrischen Befunds zeigten sich in der Aufmerksamkeit, Konzentration und im Gedächtnis sowie in der Merkfähigkeit im Kurzzeitgedächtnis, in der Ein- und Umstellungsfähigkeit sowie in der psychischen Belastbarkeit relevante Beeinträchtigungen. Dagegen waren insbesondere die Stimmungslage weitgehend unauffällig (kaum depressiv) und die Affektlage weitgehend ausgeglichen (act. II 92.5 S. 14 Ziff. 4.3.1). Sodann waren von den im Mini-ICF-APP zu beurteilenden 13 Fähigkeitsdimensionen neun nur leicht oder mässig eingeschränkt und es bestand bei deren vier eine erhebliche oder voll ausgeprägte Beeinträchtigung (act. II 92.5 S. 16 f. Ziff. 4.3.2.4). Weil somit in weniger als einem Drittel eine relevante Beeinträchtigung zu detektieren war, konnte insgesamt nicht auf erhebliche Einschränkungen geschlossen werden. Unter diesen Umständen verneinte der psychiatrische Gutachter nachvollziehbar und überzeugend depressive Beschwerden oder Antriebsstörungen (act. II 92.5 S. 19 Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin gab denn auch selbst keine depressiven Symptome oder psychiatrisch bedingte Antriebsstörung an (act. II 92.5 S. 20 Ziff. 7.1). Die psychiatrisch-gutachterliche Beurteilung findet auch Rückhalt in den Akten. Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K.\_\_\_\_\_ stellte ebenfalls keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (act. II 83 S. 4 Ziff. 2.5) und hielt fest, dass aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung vorliege und keine psychiatrischen Faktoren einer Eingliederung im Wege ständen

(act. II 83 S. 7 Ziff. 4). Zudem waren auch im Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2021 keine Hinweise auf depressive Symptome oder eine Angsterkrankung eruierbar. Weiter wurde in diesem Konnex festgehalten, dass die Schmerzsituation nicht an psychische Belastungen gekoppelt sei und auch sonst nicht auf eine somatoforme Ausprägung hinweise sowie psychiatrische Auffälligkeiten nicht prominent seien (act. II 42.2 S. 24 Ziff. 5.1). Zutreffend wies dipl. Arzt I. \_\_\_\_\_ darauf hin, dass bei der Begutachtung am 16. August 2021 keine psychiatrische komorbide Erkrankung nachweisbar gewesen sei (act. II 92.5 S. 20 Ziff. 7.2).

**3.3.3** In dem – auf Veranlassung des RAD unter Verweis auf die Empfehlung der SIM (act. II 101 S. 3) – eingeholten neuropsychologischen Teilgutachten vom 15. Juni 2023 (act. II 118.2) verneinte M.Sc. L. \_\_\_\_\_ nachvollziehbar und schlüssig eine Diagnose in diesem Fachgebiet, mithin einen relevanten Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit (act. II 118.2 S. 19 Ziff. 8.1). So legte die Gutachterin nachvollziehbar dar, dass sich die formalen Leistungen stark schwankend präsentierten, der dargestellte Leistungsabfall sowie der Ausprägungsgrad der demonstrierten Einbussen sich mangels eines entsprechenden hirnorganischen Ereignisses nicht nachvollziehen liessen; sie ständen in einer deutlichen Diskrepanz zu den Beobachtungen und dem klinischen Eindruck im Gespräch (act. II 118.2 S. 14 Ziff. 4.3.1). Die Gutachterin stellte ein hohes subjektives Belastungsempfinden und eine Krankheitsüberzeugung fest. Sie wies jedoch weiter darauf hin, dass die Befunde aus zwei von drei Beschwerdevalidierungsverfahren zur Performanz- und Beschwerdevalidierung negative Antwortverzerrungen enthielten und bei einem Verfahren auf dem Grenzwert lagen. Auch in der Befundlage stellte M.Sc. L. \_\_\_\_\_ Inkonsistenzen fest, indem kognitive und psychomotorische Verlangsamungen sich in den Wortflüssigkeitsaufgaben nicht objektivieren liessen und sich die kognitive Informationsverarbeitung nebst Arbeitsgeschwindigkeit im Zahlen-Symbol Test im Normbereich präsentierte. Dagegen zeigte sich eine progrediente Leistungseinbusse der Alertness, die von einer initial leichten Minderleistung in ein schwer beeinträchtigtes, durch ausgeprägte Fluktuationen gekennzeichnetes Reaktionsverhalten am Untersuchungsende verlief. Diesbezüglich erklärte die Gutachterin – unter Hinweis auf

zahlreiche, selbst bei einer Fatigue unglauwbürdige Auslassungen der Beschwerdeführerin im Rahmen einer durchgeführten Testbatterie zur Performanz- und Beschwerdevalidierung –, dass solche extremen Reaktionsverlangsamungen wie sie die Beschwerdeführerin darstelle, nur nach schweren Hirnschädigungen aufträten, so dass das Vorliegen vieler Auslassungen bei einer Testperson ein sicherer Hinweis auf ein Simulationsverhalten sei (act. II 118.2 S. 15 Ziff. 4.3.1). Mit Blick darauf offenbarte die neuropsychologische Exploration durch M.Sc. L. \_\_\_\_\_ nicht nur gravierende Inkonsistenzen, sondern auch Hinweise auf ein nicht authentisches Leistungsverhalten bzw. erhebliche Zweifel an der Authentizität der Beschwerdedarstellung. Eine fassbare kognitive Störung liegt damit überwiegend wahrscheinlich nicht vor (act. II 118.2 S. 16). Im Übrigen konnte auch im Rahmen der allgemein-internistischen Exploration kein Nachlassen der Konzentration festgestellt werden (act. II 92.3 S. 9 Ziff. 4.1). Mithin kann die gezeigte kognitive Performanz nicht als objektiv eingeschränkt eingestuft werden, womit die neuropsychologische Beurteilung von M.Sc. L. \_\_\_\_\_ überzeugt.

**3.3.4** Gemäss der abschliessenden Stellungnahme der Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2024 liess sich – unter Hinweis auf nochmalige Durchsicht der Akten und der Tonaufnahmen des neurologischen Teilgutachtens sowie unter Berücksichtigung der Ergebnisse des neuropsychologischen Teilgutachtens – auf neurologischem Fachgebiet keine anhaltende oder längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, da sich in der klinisch-neurologischen Untersuchung keine somatischen Defizite objektivieren liessen (act. II 149). Diese Beurteilung ist ebenfalls überzeugend. Im Rahmen der neurologischen Exploration vom 29. August 2022 stellte PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ einen normalen Neurostatus fest, namentlich konnte er weder neuro-vestibuläre noch muskuläre Defizite nachweisen. Die apparativen Abklärungen zeigten ebenfalls keine relevanten Auffälligkeiten. Der neurologische Gutachter hielt denn auch selbst fest, dass die geäusserten Beschwerden rein subjektiver Art waren (act. II 92.4 S. 13 Ziff. 6.3). Dies findet Rückhalt im Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_\_\_ vom 16. August 2021 (act. II 42.2), in dem keine objektivierbaren pathologischen Befunde erhoben werden konnten, welche die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären konnten

(act. II 42.2 S. 25 Ziff. 3.2). Insbesondere wurde in neurologischer Hinsicht ausgeführt, dass sich in Übereinstimmung mit den Untersuchungen am Spital E.\_\_\_\_\_ keine wegweisenden Befunde ergaben (intakter Hirnnervenstatus, nicht objektivierbarer Schwindel, keine Paresen oder Sensibilitätsstörungen, unauffällige Stand- und Gangversuche; act. II 42.2 S. 22 Ziff. 5.1) bzw. ein klinisch-neurologisches Korrelat der Beschwerden analog zur Aktenlage (Spital E.\_\_\_\_\_) nicht ersichtlich ist (act. II 42.2 S. 23 Ziff. 5.1). Die gutachterliche Beurteilung der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 14. März 2024, wonach kein anhaltender oder längerdauernder neurologischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit besteht, ist damit beweisrechtlich nicht zu beanstanden.

Am Beweiswert der Stellungnahme der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 14. März 2024 (act. II 149) ändert die zuvor – nach erfolgter ergänzender neuropsychologischer Abklärung (act. II 118.2) – ergangene Konsensbeurteilung der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2023 (act. II 118.1) nichts. In der besagten Konsensbeurteilung wie auch bereits in derjenigen vom 21. Dezember 2022 (act. II 92.2) postulierte einzig und allein der neurologische Sachverständige PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit. Dass seine in Kenntnis des neuropsychologischen Teilgutachtens vom 15. Juni 2023 revidierte Beurteilung erst nach mehrfacher Mahnung am 14. März 2024 und damit erst acht Monate später erfolgte, ist für die Zuverlässigkeit ebenso wenig ausschlaggebend wie der Umstand, dass keiner der zuvor beteiligten Gutachter in die Stellungnahme miteinbezogen wurde. Die Neuropsychologie stellt eine Hilfsdisziplin dar, indem diese eine Grundlage für die neurologische oder psychiatrische Beurteilung schafft (vgl. Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_380/2022 vom 27. Dezember 2022 E. 10.2.1). Die übrigen Sachverständigen – insbesondere auch der Psychiater dipl. Arzt I.\_\_\_\_\_ (act. II 92.5 S. 18 Ziff. 6.1) – hatten von Anfang an weder eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt noch eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. E. 3.3.1 f. hier vor), womit vorliegend ausschliesslich eine Interpretation der neuropsychologischen Erkenntnisse durch die neurologische Fachdisziplin in Frage stand. Es kann nicht angehen, beweisrechtlich auf die frühere Einschätzung des PD Dr. med. H.\_\_\_\_\_ abzustellen, die er in Kenntnis der

später offenbaren gravierenden Inkonsistenzen und Hinweise auf Simulationsverhalten bzw. ein nicht authentisches Leistungsverhalten (vgl. act. II 118.2 S. 15 f. Ziff. 4.3.1; vgl. E. 3.3.3 hiervor) explizit revidierte. Zudem gründete, wie bereits ausgeführt, dessen ursprüngliche Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit ausschliesslich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (act. II 92.4 S. 13 Ziff. 6.3). Zwar soll nach der neuropsychologischen Exploration am 1. Juli 2023 angeblich ein erneutes Konsensgespräch stattgefunden haben (act. II 118.1 S. 13 Ziff. 5). Die schriftliche Konsensbeurteilung wurde indes praktisch unverändert aus dem Gutachten vom 21. Dezember 2021 (act. II 92.2) übernommen, einzig bei der Konsistenzprüfung unter Ziff. 4.6 wurden die Erkenntnisse aus der neuropsychologischen Exploration durch M.Sc. L. \_\_\_\_\_ vom 15. Juni 2023 (act. II 118.2) unkommentiert eingefügt (act. II 118.1 S. 10 Ziff. 4.6 = 118.2 S. 17 Ziff. 6.2). Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit den neuen Aspekten erfolgte jedoch an keiner Stelle. Vielmehr wurde weiterhin unverändert angegeben, es fänden sich keine Hinweise für Aggravation oder Simulation/Dissimulation (act. II 118.1 S. 11 Ziff. 4.6.1), was klar aktenwidrig ist. Damit wurden anlässlich der Konsensbeurteilung vom 1. Juli 2023 (act. II 118.1) die neuropsychologischen Ergebnisse offensichtlich keiner hinreichenden Würdigung unterzogen, weshalb diese Konsensbeurteilung auch keine zuverlässige Entscheidungsgrundlage bilden kann. Erst nach der auf Empfehlung des RAD (act. II 125) erfolgten Rückfrage der Verwaltung kam PD Dr. med. H. \_\_\_\_\_ seiner gutachterlichen Aufgabe nach und zog im Rahmen der Stellungnahme der Begutachtungsstelle C. \_\_\_\_\_ vom 14. März 2024 erstmals die Erkenntnisse des neuropsychologischen Gutachtens in seine Einschätzung mit ein. Dementsprechend kann in neurologischer Hinsicht nicht auf die Konsensbeurteilung vom 1. Juli 2023 abgestellt werden, sondern ist die abschliessende Stellungnahme vom 14. März 2024 massgeblich.

Schliesslich vermag auch der mit der Beschwerde eingereichte Bericht von PD Dr. med. N. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Pneumologie, vom 15. September 2024 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 5) nichts zu ändern. Die Einschätzungen des Behandlers basieren massgeblich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (... "Ihre logischerweise und für mich komplett nachvollziehbare daraus resultieren-

de Gesundheitseinschätzung bei 0 % schlechteste Gesundheit und 100 % beste Gesundheit ist bei 10 %"; act. I 5 S. 2) und eine Auseinandersetzung mit den gutachterlichen, insbesondere den neuropsychologischen, Erkenntnissen erfolgte nicht. Ausserdem ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte, sondern auch für spezialärztlich tätige Medizinalpersonen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 78, 8C\_616/2014 E. 5.3.3.3; Urteil des BGer 8C\_164/2021 vom 3. Mai 2021 E. 3.2.1).

**3.4** Der medizinische Sachverhalt ist rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sich in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; in BGE 151 III 28 nicht publizierte E. 5.2 des Urteil des BGer 9C\_298/2024 vom 14. August 2024; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C\_296/2018 E. 4) weitere Abklärungen erübrigen. Es ist damit erstellt, dass in der bisherigen (wie auch in einer angepassten) Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % besteht (act. II 149). Auch die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 2.3 hiervor) erübrigt sich, da die Einschränkung nicht höher sein kann als die gutachterlich geschätzte Arbeitsunfähigkeit (Urteil des BGer 8C\_153/2021 vom 10. August 2021 E. 5.4.2). Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns im November 2021 (Anmeldung zum Leistungsbezug von Mai 2021 [act. II 2]; Art. 29 Abs. 1 IVG) ist damit keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen, womit kein Rentenanspruch besteht.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 30. August 2024 (act. II 156) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## 5.

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

### **Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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