

200 23 675 IV  
ACT/SAW/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 8. April 2024**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichter Schwegler  
Gerichtsschreiberin Baumann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. August 2023



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1983 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im August 2021 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) tätigte erwerbliche sowie medizinische Abklärungen, insbesondere veranlasste sie ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das am 1. April 2023 erstattet wurde (act. II 32.1). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 36, 39 f., 44) und Einholung einer Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 14. August 2023 (act. II 47) verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. August 2023 (act. II 48) bei einem in Anwendung der gemischten Methode (50% Erwerb und 50% Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrad von 15% einen Rentenanspruch.

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 25. September 2023 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und der Invaliditätsgrad sei auf mindestens 70% festzulegen. Eventualiter sei zwecks Festsetzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ein Gerichtsgutachten im Fachbereich Psychiatrie anzuordnen. Subeventualiter seien die Akten zwecks vollständiger Erhebung des medizinisch relevanten Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zur Neubeurteilung zurückzuweisen. Zugleich ersuchte sie um unentgeltliche Rechtspflege.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 26. Oktober 2023 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit prozessleitender Verfügung vom 30. Oktober 2023 stellte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin antragsgemäss (Beschwerde S. 5

Ziff. 18) die Tonaufnahme der psychiatrischen Begutachtung zu (Akten der IV [act. All]) und gab ihr die Möglichkeit zur Stellungnahme. Dabei wies er darauf hin, dass sich das Abhören der Tonaufnahme sowie eine Stellungnahme als unnötig im Sinne der unentgeltlichen Rechtspflege erweise und unnötige Kosten durch die unentgeltliche Rechtspflege nicht gedeckt seien.

Am 20. November 2023 reichte die Beschwerdeführerin eine Stellungnahme sowie die Ergebnisse eines Urintests vom 30. Oktober 2023 ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 11). Am 13. Dezember 2023, 15. Januar 2024 und 15. März 2024 gab sie weitere Urintestergebnisse zu den Akten (act. I 12 f.).

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. August 2023 (act. II 48). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

**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). 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 strukturier- ten 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).

**2.3** Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG in der unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG hier anwendbaren, seit 1. Januar 2022 geltenden Fassung wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei

einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69% entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70% besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49% gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

**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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Der behandelnde Psychiater, Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte im Bericht vom 28. September 2021 (act. II 14) die folgenden Diagnosen (S. 3):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (nachfolgend: komplexe PTBS, ICD-10 F43.1), darin enthalten:
  - Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus (ICD-10 F60.3)
  - Dissoziative Störung (ICD-10 F44)
- Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode (ICD-10 F31.0)

Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

- Schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1)

Es bestünden gravierende psychiatrische Diagnosen, nämlich eine komplexe PTBS mit starker emotionaler Instabilität, Anspannungszuständen, früher selbstverletzendem Verhalten, Hyperarousal und immer wieder auftretenden dissoziativen Zuständen sowie eine bipolare Störung. Das Strukturniveau der Patientin sei sehr gering. Es bestünden erhebliche Traumatisierungen in ihrer Kindheit, welche zur Entstehung der komplexen PTBS mit Borderline-Störung geführt hätten (S. 3). Erschwerend komme hinzu, dass die Patientin unter einer bipolaren Störung leide, wobei in der Vergangenheit immer wieder längere depressive Phasen, aber auch hypomane bis manische Phasen bestanden hätten, welche von der Ausprägung und der Zeitdauer nicht einfach mit einer emotionalen Instabilität erklärt werden könnten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50-60% (S. 4).

Mit Stellungnahme vom 26. Oktober 2021 (act. II 16 S. 2) teilte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ mit, angesichts der festgestellten massiven psychiatrischen Diagnosen sei der mittlerweile reduzierte Cannabiskonsum in Bezug auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als kaum relevante Komponente zu bewerten, zumal die Patientin Cannabis vor allem auch als eine Art Selbstmedikation eingesetzt habe, um ihre psychopathologischen Symptome zu stabilisieren und zu bessern.

Im Verlaufsbericht vom 12. Mai 2022 (act. II 19) bestätigte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ die gestellten Diagnosen und hielt an der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50-60% fest (S. 1 f.)

**3.1.2** Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) führte im Bericht vom 13. Juni 2022 (act. II 21 S. 5) aus, der Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, wonach der Cannabiskonsum keinen Einfluss auf die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit habe, könne nicht gefolgt werden, zumal medikamentöse Alternativen nicht erprobt worden seien und auch die Frage der Therapieintensivierung im Raum stehe. Ein psychiatrisches Gutachten sei notwendig.

**3.1.3** Im psychiatrischen Gutachten vom 1. April 2023 (act. II 32.1) nannte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die folgenden Diagnosen (S. 15 Ziff. 6.3):

- Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31)
- Störungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.24)
- Sonstige hyperkinetische Störung (ICD-10 F90.8)

Die Explorandin habe davon berichtet, im Kindesalter durch ... sexuell missbraucht worden zu sein. Dies habe zu einer tiefgreifenden Verletzung des kindlichen Selbst geführt. Die Explorandin sei dadurch nicht in der Lage gewesen, eine sichere Bindung aufzubauen. Die wechselnde Haltung der Mutter habe diese Unsicherheit verstärkt. Die vielen Umzüge in der Kindheit hätten dazu geführt, dass die Explorandin keine stabile Umgebung gehabt habe, um sich zu entwickeln. All dies habe zu einem Mangel an innerer Stabilität geführt, der später zu den Symptomen einer emotional instabilen Borderline-Persönlichkeitsstörung beigetragen habe. Die Explorandin habe gehabt bzw. habe dadurch Schwierigkeiten, ihre Emotionen angemessen zu regulieren, was durch die flankierende hyperkinetische Störung (ADHS-Erkrankung) noch weiter verstärkt werde (S. 15). Durch den sexuellen Missbrauch habe sie ein negatives Selbstbild entwickelt und ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht ausdrücken können, was ebenfalls die Symptome der Störung amplifiziere. Die Abwehrmechanismen, die die Explorandin während ihrer Kindheit angewendet habe, um mit dem Missbrauch und der unstabilen Beziehung zur Mutter umzugehen, seien in der Erwachsenenzeit weiterhin wirksam. Es hätten sich Verhaltensweisen manifestiert, die typisch für eine emotional instabile Borderline-Persönlichkeitsstörung seien. Dazu zählten Impulsivität, instabile Stimmungen und ein gestörtes Selbstbild. In Bezug auf den durch die Explorandin berichteten Topos wiederkehrender „...“ sei dies aus psychodynamischer Sicht auf der einen Seite als eine Form der Selbstverletzung zu beurteilen. Die wiederkehrende frühere Arbeit als ... sei auf der anderen Seite auch als eine Form der Selbstbestätigung oder Selbstwertsteigerung anzusehen, da sie in dieser Rolle von anderen ... werde. Eine emotionale instabile Borderline-Persönlichkeitsstörung sei überwiegend wahrscheinlich zu bestätigen, obgleich es hinsichtlich der emotionalen Instabilität, Frustrationsintoleranz, Störungen der Affektivität und Verhaltensstörungen auch phänomenologische Überlappungen zur hyperkinetischen Störung und zur aktiven Cannabinoidabhängigkeit gebe. In der Lebensgeschichte und im klinischen Untersuchungsbefund seien im Rahmen der Begutachtung konkrete Anhalts-

punkte einer hyperkinetischen Störung festzustellen gewesen (S. 16). In der Anamnese seien kinderpsychiatrisch relevante Befunde und Informationen abzubilden, die Probleme in den Bereichen Hyperaktivität-Impulsivität, Konzentration und Frustrationstoleranz aufzeigten. Die Explorandin falle auch im klinischen Untersuchungsgespräch durch motorische Unruhe (Gestikulieren beim Sprechen, häufige Positionswechsel im Sitzen) auf. Daher sei überwiegend wahrscheinlich eine bisher nicht im therapeutischen Fokus stehende hyperkinetische Störung evident. Die Explorandin missbrauche gemäss ihren Angaben seit dem 14. Altersjahr Cannabinoide. Cannabinoide habe sie vom 15. bis 17. Altersjahr konsumiert, dann wieder vom 21. Altersjahr bis zur zweiten Schwangerschaft im 27. Altersjahr. Im 28. Altersjahr habe sie erneut begonnen, „mal mehr, mal weniger“ Cannabinoid-Joints zu konsumieren. Am Abend rauche die Explorandin aktuell „fix 1 bis 2 Joints“. Damit sei eine Cannabinoidabhängigkeit mit aktivem Gebrauchsmuster festzustellen, die einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 17). Drei der zur Diagnosestellung geforderten ICD-10-Eingangskriterien einer Cannabinoidabhängigkeit seien erfüllt: Starker Wunsch oder Zwang, Kontrollverlust, anhaltender Substanzkonsum trotz eindeutiger schädlicher Folgen, Abstinenzverlust (S. 18). Auch wenn sich ein im Kindesalter erlebter sexueller Missbrauch überwiegend wahrscheinlich negativ auf die Persönlichkeitsentwicklung ausgewirkt habe, bestehe eine komplexe PTBS klinisch nicht. Bei der Explorandin liessen sich im Untersuchungsgespräch weder Dissoziationen, Flashbacks noch Intrusionen feststellen. Sie zeige weder ein seit der Kindheit bestehendes Gefühl von Betäubtsein noch eine emotionale Stumpfheit. Ferner fänden sich seit der Kindheit und Jugend keine Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen und keine Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber. Eine Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, bestünden nicht überdauernd. So habe die Explorandin jahrelang die Mutterrolle eingenommen und habe – wenn auch instabile – Beziehungen geführt. Die passagere ... widerspreche einem Vermeidungsverhalten, das im Allgemeinen bei Betroffenen mit einer PTBS evident sei. Psychiatrische Brückensymptome einer komplexen Traumatisierung, die sich durchgehend seit dem Kindesalter gezeigt hätten, seien hier nicht belegt. Kinderpsychiatrische Behandlungen seien zum Beispiel nicht erfolgt. Eine bipolare Störung sei zudem unwahrscheinlich. Gerade die Komorbi-

dität einer hyperkinetischen Störung in Kombination mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung führe zu hypoman anmutendem Verhalten, das überdies durch eine aktive – im 14. Altersjahr begonnene – Cannabinoideabhängigkeit amplifiziert werde. Gerade ein chronischer Cannabinoidmissbrauch sei hier zudem geeignet, Symptome auszulösen, die mit dem Konzept einer dissoziativen Störung vergleichbar seien. Zudem sei dissoziatives Erleben auch ein Symptom, das bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr häufig flankierend auftrete und in jener Diagnose aufgehe. Es sei gemäss jetzigem Erkenntnisstand unwahrscheinlich, dass eine davon losgelöste dissoziative Störung vorliege. Eine multiple Persönlichkeitsstörung mit wechselnd handelnden Identitäten habe nicht festgestellt werden können (S. 14).

Psychosoziale Belastungsfaktoren (u.a. erschwerte Vermittlungsmöglichkeiten bei fehlendem Berufsabschluss, sozioökonomische Fragen mit Abhängigkeit vom Sozialamt) seien bei der Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausgeklammert worden (S. 19 f. Ziff. 7.1). Unter Bezugnahme der MINI-ICF-APP sei auf dem allgemeinen, freien und ausgeglichenen ersten Arbeitsmarkt ohne Arbeitsplatzanpassungen von einer medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit von 50% auszugehen (S. 26 Ziff. 8.1). Ein störungsadaptierter Arbeitsplatz beinhalte Tätigkeiten ohne Hektik und Zeitdruck, ohne erhöhte Anforderungen an soziale und emotionale Kompetenzen und habe verlässliche Bezugspersonen. Es seien eher Hintergrundtätigkeiten und Tätigkeiten, in denen die Explorandin die wesentlichen Aufgaben selbst ohne eine notwendige Zusammenarbeit mit anderen erledigen könne. Am Arbeitsplatz seien ein verständnisvolles und wohlwollendes Umgehen mit ihr wichtig. Eine feste Arbeitszeiteinteilung mit externer Strukturierung sei unterstützend. Für die Explorandin seien Tätigkeiten an einem festen Arbeitsplatz (Einzelarbeitsplatz, ohne Aussendienstesätze) geeignet, in welchen sie ihre erhaltenen Fähigkeiten einbringen könne. Geeignet seien z.B. bildungsangepasste Tätigkeiten mit hohem Routinecharakter. Ungünstig seien häufig wechselnde Aufgaben, bei welchen immer wieder neue Lösungen gefunden werden müssten und Tätigkeiten an Maschinen mit hohem Verletzungsrisiko. Es sei wichtig, regelmässige Pausen einzuplanen, und der Arbeitsplatz müsse möglichst ruhig sein. In die-

sem Tätigkeitsprofil sei eine Arbeitsfähigkeit von 70% zu attestieren (S. 26 Ziff. 8.2).

**3.1.4** Mit Bericht vom 25. Juni 2023 (act. II 44) nahm Dr. med. D.\_\_\_\_\_ zum Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ Stellung und hielt fest, dieses überzeuge in wesentlichen Punkten nicht. Die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vermöge das komplexe psychiatrische Krankheitsbild, welches sich infolge eines fortgesetzten sexuellen Missbrauchs in der Kindheit und Jugend etabliert habe, nicht vollumfänglich zu erklären. Insbesondere die immer wieder auftretenden dissoziativen Symptome, das immer wieder auftretende Depersonalisationserleben, die Flashbacks und die Ich-strukturellen Störungen liessen sich mit den vom Gutachter gestellten Diagnosen nicht ausreichend erklären (S. 2). In Bezug auf die Diagnose der komplexen PTBS legte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ unter Hinweis auf die formulierten Symptomgruppen gemäss dem Klassifikationssystem ICD-11 das Folgende dar: Bei der Patientin komme es immer wieder – ausgelöst durch verschiedenartige Trigger – zu einem Wiedererleben traumatischer Ereignisse in lebendiger Form und auch zu Alpträumen, was zu erheblichen Schlafstörungen führe. Es lasse sich in zahlreichen Alltagssituationen ein vielfältiges Vermeidungsverhalten feststellen und die Patientin befinde sich fast konstant in einem Zustand erhöhter innerer Anspannung. Sie erlebe ihre Umgebung praktisch nie als verlässlich und habe grosse Mühe damit, Vertrauen in andere Menschen zu fassen, was aus der traumatischen Vergangenheit und dem damit verbundenen tiefsitzenden und schon in der Kindheit verankerten Gefühl von Bedrohtheit resultiere (S. 3 f.). Weiter liessen sich unter Berücksichtigung des Lebenslaufs, der beruflichen Vita und der Alltagsgestaltung vielfältige psychosoziale Funktionsbeeinträchtigungen feststellen, welche im MINI-ICF-APP (vgl. act. II 14 S. 3) auch abgebildet seien und über lange Zeit bestanden hätten und weiterhin bestünden. Die Patientin müsse ausgeprägte und erhebliche zusätzliche Anstrengungen aufwenden, um sozial und im Alltag einigermaßen funktionieren zu können. Zudem neige sie dazu, vielfältige psychopathologische Symptome fast schon als „normal“ anzusehen und ohne ausgeprägte affektive Beteiligung über Symptome zu berichten (S. 4). Die Selbstorganisation sei erheblich gestört. Schuld- und Schamgefühle seien beinahe omnipräsent und die Patientin sei durchaus überzeugt, ein be-

schädigtes Leben zu führen. In partnerschaftlichen Interaktionen sei es im Verlauf der Jahre immer wieder zu sehr instabilen und belastenden Beziehungskonstellationen gekommen, was weiterhin anhalte. Darüber hinaus hätten sich eindeutige Hinweise für dissoziative Symptome gezeigt, welche immer wieder im Alltag aufgetreten seien und auch von anderen Personen im Umfeld der Patientin wahrgenommen worden seien. Unter Berücksichtigung aller zur Verfügung stehenden Informationen, der klinischen Befunde, des Längsschnittverlaufs und des aktuellen Stands der psychiatrischen Forschung erstaune, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ lediglich die Diagnose einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung gestellt habe und nicht die Diagnose einer komplexen PTBS (S. 5). Dabei sei auch darauf hinzuweisen, dass der Gutachter die Patientin gleich zu Beginn des Untersuchungsgesprächs sehr direkt auf traumatische Erlebnisse angesprochen habe, was im Rahmen einer psychiatrischen Untersuchung äusserst unüblich sei (S. 7). Die gutachterliche Untersuchung habe lediglich eine Stunde und zwölf Minuten gedauert. So verwundere es nicht, dass der Gutachter in dieser kurzen Zeit keine Dissoziationen oder Flashbacks festgestellt habe (S. 5). Die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung sei vom Gutachter ohne nachvollziehbare Begründung nicht bestätigt worden. Die Anamnese zeige klar auf, dass in der Vergangenheit neben Stimmungsschwankungen immer wieder depressive und auch manische Phasen aufgetreten seien. Dies hätte ohne Probleme fremdanamnestisch erhoben werden können. Der frühere Cannabiskonsum sei sicher nicht als das Hauptproblem zu bewerten. Es sei festzuhalten, dass die Patientin seit zwei Monaten kein Cannabis mehr, sondern nur noch CBD konsumiere. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass Dr. med. C. \_\_\_\_\_ keine labordiagnostische Drogenscreening-Untersuchung durchgeführt habe und die klinische Symptomatik der komplexen PTBS und der dissoziativen Störung weiterhin vorhanden sei. In Bezug auf die vom Gutachter nicht bestätigte Diagnose einer dissoziativen Störung sei festzuhalten, dass bei der Patientin immer wieder Aussetzer und auch Amnesien bestünden, so dass diese zeitweise nicht wisse, was sie gerade vorhin gemacht habe. Dies werde auch von anderen Personen im Umfeld regelmässig so wahrgenommen, was im Rahmen einer Fremdanamnese hätte in Erfahrung gebracht werden können (S. 6). Dass der Gutachter gemäss seiner Wahrnehmung in der kurzen Untersuchungszeit keine Dissoziationen habe beobachten können, schliesse die Diagnose

einer dissoziativen Störung nicht aus. Schliesslich sei die vom Gutachter diagnostizierte hyperkinetische Störung nicht nachvollziehbar. Symptome wie eine motorische Unruhe seien nicht spezifisch hinweisend auf ein ADHS, sondern könnten bei sehr vielen psychiatrischen Krankheitsbildern auftreten. Bei der Patientin liege eine komplexe PTBS vor und da sei es aus psychiatrischer Sicht nicht schwer nachzuvollziehen, dass die Patientin gerade in einer gutachterlichen Untersuchungssituation nervös, angespannt und unruhig sei. Die Diagnose einer hyperkinetischen Störung könne und dürfe nie aus einem klinischen Untersuchungseindruck und Angaben einer Person alleine gestellt werden (S. 7).

In Bezug auf die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erstaune sehr, dass für den allgemeinen und ausgeglichenen Arbeitsmarkt eine Arbeitsfähigkeit von 50% und für eine angepasste Tätigkeit eine solche von 70% postuliert worden sei. Die aufgeführten Merkmale eines angepassten Arbeitsplatzes entsprächen wohl eher einem geschützten Arbeitsplatz als einer Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt. Darüber hinaus sei die postulierte Arbeitsfähigkeit von 70% mit den vom Gutachter im MINI-ICF-APP dargestellten Funktionseinschränkungen kaum in Einklang zu bringen (S. 8). Ab Anfang 2023 sei der Versuch unternommen worden, die Patientin in einem ... niedrighschwellig zu beschäftigen. Es habe sich herausgestellt, dass dies die Patientin psychisch im Verlauf eher noch destabilisiert und überfordert habe, so dass der Versuch wieder ausgesetzt worden sei. Eine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt erscheine aktuell nicht als realistisch, so dass im Vergleich zum Bericht vom 28. September 2021 (act. II 14) von einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als 80% auszugehen sei (S. 9).

**3.1.5** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ führte im Bericht vom 14. August 2023 (act. II 47) aus, beim Bericht des behandelnden Psychiaters vom 25. Juni 2023 handle es sich um eine andere Beurteilung des gleichen versicherungsmedizinischen Sachverhalts (S. 3). Es ergäben sich aufgrund der neu vorgelegten Sachverhaltsdarstellungen konklusiv keine neuen Erkenntnisse, welche eine andere medizinische Bewertung, andere Empfehlungen oder eine andere Leistungsbeurteilung rechtfertigten. An den Ausführungen im Gutachten sei festzuhalten (S. 9).

**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 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 E. 2.2).

**3.3** Das Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ vom 1. April 2023 (act. II 32.1) sowie dessen Stellungnahme vom 14. August 2023 (act. II 47) erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer medizinischen Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hier vor). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf einer klinischen Exploration vom 3. Dezember 2022 (act. II 32.1 S. 1) und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Insbesondere diskutierte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ auch IV-fremde Faktoren (act. II 32.1 S. 19 f. Ziff. 7.1) und Diskrepanzen zu den Berichten des behandelnden Psychiaters (act. II 32.1 S. 14 f. Ziff. 6.2, 47 S. 3 ff. Ziff. 2). Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar, umfassend und einlässlich begründet. Der psychiatrischen Expertise von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ – einschliesslich seiner Stellungnahme vom 14. August 2023 – kommt damit

voller Beweiswert zu, so dass darauf abzustellen ist. Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers und die Berichte des behandelnden Psychiaters nichts zu ändern.

**3.3.1** Zunächst ist hinsichtlich der als zu kurz gerügten Dauer der psychiatrischen Exploration (Beschwerde S. 5 Ziff. 16, S. 7 Ziff. 27, S. 9 Ziff. 36) darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (SVR 2021 IV Nr. 12 S. 34 E. 3.2.3.2, 2019 IV Nr. 85 S. 280 E. 6, 2017 IV Nr. 75 S. 232 E. 4.3). Dr. med. C.\_\_\_\_\_ konnte sich gestützt auf die ausführlichen Berichte von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ (act. II 3, 14, 16 S. 2, 19) ein umfassendes Bild der Aktenlage machen und das klinische Explorationsgespräch sowie die Befunderhebung zielgerichtet durchführen. Die Aktenlage und die klinischen Untersuchungsbefunde samt seiner eingehenden Anamnese boten Dr. med. C.\_\_\_\_\_ sodann für seine schlüssige und überzeugende psychiatrische Beurteilung – entgegen der Ausführungen in der Beschwerde (S. 5 Ziff. 19) – eine genügende Grundlage, so dass die Dauer der persönlichen Untersuchung sicher ausreichend war. Dass Dr. med. C.\_\_\_\_\_ kein zweites Untersuchungsgespräch durchgeführt, keine fremdanamnestischen Angaben eingeholt und auch keine weiteren testpsychologischen Untersuchungsinstrumente eingesetzt hat – wie die Beschwerdeführerin vorbringt (Beschwerde S. 5 Ziff. 20, S. 7 f. Ziff. 28 f.; Eingabe der Beschwerdeführerin vom 20. November 2023 S. 3 f.) –, vermag den Beweiswert des Gutachtens ebenfalls nicht zu schmälern. Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese ist gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens und dementsprechend nicht zwingend erforderlich (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Januar 2024, 8C\_560/2023, E. 7.2 mit Hinweisen); dies hat erst recht zu gelten, wenn die entsprechenden Angaben – wie hier – aus den Akten ersichtlich sind. Auch die Durchführung psychiatrischer Tests unterliegt der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten (Entscheid des BGer vom 18. Mai 2020, 9C\_119/2020, E. 3.2.2), wobei insbesondere den Testergebnissen beim Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden kann,

während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (BGer 8C\_560/2023, E. 7.3). Dies hat – entsprechend den Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_\_ (act. II 47 S. 6) – umso mehr hier zu gelten, da keine objektivierte Suchtmittelabstinenz bestand. Zudem wies der Fachgutachter explizit und überzeugend darauf hin, dass weiterführende psychologische Testungen, um die Teilleistungsdefizite der hyperkinetischen Störung konkreter zu bestimmen, für die funktionelle Leistungsprüfung im Gutachten ohnehin nicht notwendig waren (act. II 47 S. 6). Nichts anderes ergibt sich hinsichtlich der Nutzung von Zusatzdiagnostik aus den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP, Version 16. Juni 2016, S. 11 Ziff. 4.3.2.2 sowie S. 18 f. Ziff. 4.3.2, abrufbar unter: [www.psychiatrie.ch](http://www.psychiatrie.ch) – SGPP – Fachleute und Kommissionen – Leitlinien). Es ist denn auch nicht ersichtlich, welche weiteren Erkenntnisse mit weiteren Untersuchungen und Abklärungen hätten gewonnen werden können bzw. welche Aspekte diesbezüglich unberücksichtigt geblieben sind. Soweit der behandelnde Psychiater dem Gutachter vorwirft, dieser habe keine Fremdanamnese eingeholt und keine testpsychologischen Zusatzuntersuchungen durchgeführt (act. II 44 S. 6 f. und 9), ist festzustellen, dass Dr. med. D.\_\_\_\_\_ selbst ebenfalls keine solchen Abklärungen getätigt hat (jedenfalls werden solche in seinen Berichten nicht erwähnt, act. II 3 S. 2 f., 14 S. 2 f., 19 S. 2 und 44 S. 2 ff.), obwohl er die Beschwerdeführerin erst seit Mai 2021 behandelt (act. II 14 S. 1) und daher deren Lebensgeschichte und Gesundheitszustand ebenfalls erheben musste. Die Beschwerdeführerin moniert weiter, sie sei kurz nach Beginn der Exploration gehalten gewesen, vom sexuellen Missbrauch zu erzählen. Diese Konfrontation habe sie stark irritiert und sie könne sich ab diesem Zeitpunkt nicht mehr an das Untersuchungsgespräch erinnern. Auch Dr. med. D.\_\_\_\_\_ habe dieses Vorgehen als äusserst unüblich beschrieben (Beschwerde S. 5 Ziff. 17; Eingabe der Beschwerdeführerin vom 20. November 2023 S. 2). Dem kann nicht gefolgt werden: Eine eigentliche „Konfrontation“ fand nicht statt. Die Beschwerdeführerin erwähnte die sexuellen Übergriffe zu Beginn der Exploration im Rahmen der eigenen Angaben bzw. des Beschwerdevortrags, als sie über ihre ... berichtete und der Gutachter nachfragte, weshalb diese psychisch belastet seien. Wie der Exploration zu entnehmen ist, wurden von Dr. med.

C.\_\_\_\_\_ daraufhin keine Detailfragen gestellt. Vielmehr kam er von diesem Thema ab und leitete das offene Interview zu Fragen in Bezug auf die aktuelle psychiatrische Therapie (act. II 32.1 S. 6 Ziff. 3.1). Nichts anderes ist der Tonaufnahme der Begutachtung (act. IIA) zu entnehmen. Explizit wies Dr. med. C.\_\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin sogar darauf hin, sie müsse „nicht jeden Stein umdrehen“ (Tonaufnahme: Minute 4:15). Dass sich die Beschwerdeführerin ab diesem Zeitpunkt nicht mehr an das Explorationsgespräch erinnern will und „in einen Persönlichkeitsanteil dissoziiert“ sei, der „von ihren Gefühlen abgespalten“ gewesen sei, wird von ihr in der Eingabe vom 20. November 2023 (S. 2) erstmals geltend gemacht und widerspricht den Angaben im Gutachten, wonach die Exploration ohne Interaktionsstörungen durchgeführt und einvernehmlich sowie geplant beendet werden konnte (act. II 32.1 S. 11 Ziff. 4.1). Gemäss den nachvollziehbaren Angaben des Gutachters war die Untersuchung problemlos möglich (act. II 32.1 S. 11 Ziff. 4.2). Die Beschwerdeführerin war im Zeitpunkt der Untersuchung wach sowie bewusstseinsklar und konnte detailreich ohne höhergradige andauernde Antwortlatenz erzählen. Dissoziationen, Flashbacks, ein Hyperarousal oder Intrusionen waren im Gesprächsverlauf nicht beobachtbar (act. II 32.1 S. 11 f. Ziff. 4.3). Weiter hätte die Beschwerdeführerin ihrem behandelnden Psychiater mit Sicherheit mitgeteilt, wenn sie sich in grossen Teilen nicht mehr an die Begutachtung erinnern könnte, was sie mit Blick auf die Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ in der Stellungnahme zum Gutachten nicht gemacht hat (act. II 44). Soweit die Beschwerdeführerin sodann postuliert, der Gutachter sei im Untersuchungsgespräch kaum auf die Diagnosen des behandelnden Psychiaters eingegangen (Eingabe der Beschwerdeführerin vom 20. November 2023 S. 2), kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Dies hat im Gutachten, nicht im Rahmen der Exploration, zu geschehen.

**3.3.2** Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hat die Diagnosen einer emotional-instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, einer Störung durch Canabinoide (Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Substanzgebrauch) und einer sonstigen hyperkinetischen Störung anhand der erhobenen Anamnese und der klinischen Befunde überzeugend hergeleitet (act. II 32.1 S. 15 ff. Ziff. 6.3). Hervorzuheben ist, dass er dabei die phänomenologischen Überlappungen einzelner Symptome hinsichtlich der von ihm gestellten Diagnosen

– aber auch bezüglich derjenigen von Dr. med. D. \_\_\_\_\_ – differenziert und schlüssig darlegte (act. II 32.1 S. 14 f. Ziff. 6.2 und S. 16 f.). Die abweichenden Einschätzungen des behandelnden Psychiaters vermögen die überzeugenden Schlussfolgerungen im Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Insbesondere kann Dr. med. D. \_\_\_\_\_ nicht gefolgt werden, wenn er dem bestehenden Cannabiskonsum keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimisst (act. II 14 S. 3, 16 S. 2, 19 S. 1 f., 44 S. 6), obwohl ihm die Beschwerdeführerin angab, täglich ca. fünf bis sechs Joints zu rauchen (act. II 14 S. 2). Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit dem 14. Altersjahr Cannabinoide konsumiert und seither gemäss ihren Angaben auch nur teilweise (u.a. während den Schwangerschaften und Stillzeiten, act. II 32.1 S. 10 Ziff. 3.5) abstinent gewesen war. Sie habe während fünf Jahren bis zu 10 Joints pro Tag geraucht. Im Zeitpunkt der Exploration durch den Gutachter gab sie an, fix ein bis zwei Joints am Abend zu rauchen (act. II 32.1 S. 10 Ziff. 3.5). Zu diesem jahrelangen exzessiven Cannabiskonsum äussert sich der behandelnde Psychiater nicht. Soweit er argumentiert, angesichts der festgestellten massiven psychiatrischen Diagnosen sei der reduzierte Cannabiskonsum in Bezug auf die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als kaum relevante Komponente zu bewerten, zumal die Beschwerdeführerin Cannabis vor allem als eine Art Selbstmedikation eingesetzt habe, um die psychopathologischen Symptome zu bessern (act. II 16 S. 2), vermag dies in keiner Art und Weise zu überzeugen. Der Fachgutachter legte mit Hinweis auf die massgebenden diagnostischen Kriterien (vgl. DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl., 2015, S. 115) überzeugend dar, dass mindestens drei der zur Diagnosestellung geforderten Kriterien einer Cannabinoidabhängigkeit gegeben sind und erläuterte, dass psychotrope Substanzen allgemein direkte psychopharmakologische Substanzwirkungen aufweisen (act. II 32.1 S. 18 f., 47 S. 6 f.). Dass ein – insbesondere im jugendlichen Alter beginnender und langjähriger – Substanzgebrauch von Cannabis einen Einfluss auf die Gesundheit und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit haben kann, ist auch dem Cannabisbericht vom Oktober 2008 der Eidgenössischen Kommission für Drogenfragen (EKDF; Cannabis 2008, S. 3 Ziff. 2.3, abrufbar unter: [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) – Gesund leben – Sucht und Gesundheit – Cannabis) zu entnehmen. Die Auffassung des Gutach-

ters korreliert zudem mit der Stellungnahme des RAD-Arztes vom 13. Juni 2022 (act. II 21 S. 5), wonach auf die Beurteilung des behandelnden Psychiaters nicht abzustellen sei, weil dieser dem Cannabiskonsum keinen Einfluss auf die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit zugemessen habe. Daran ändern die im Beschwerdeverfahren eingereichten Urinproben (act. I 11 ff.), welche nach Erlass der angefochtenen Verfügung – dem für das Gericht massgebenden Überprüfungszeitpunkt (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) – durchgeführt wurden und daher hier nicht zu berücksichtigen sind, nichts. Soweit der behandelnde Psychiater die gutachterliche Beurteilung betreffend die hyperkinetische Störung kritisiert (act. II 44 S. 7), vermag dies ebenfalls nicht zu überzeugen. Eine medizinisch nachvollziehbare Begründung hierfür fehlt. So führte Dr. med. D.\_\_\_\_\_ einzig aus, die motorische Unruhe während der Exploration sei nicht spezifisch hinweisend auf ein ADHS, während er auf die kinderpsychiatrisch relevanten Befunde und Informationen, welche Dr. med. C.\_\_\_\_\_ umfassend dargelegt hat (act. II 32.1 S. 17), nicht einging.

**3.3.3** Im Rahmen seiner Ausführungen zeigte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ – entgegen der Auffassung des behandelnden Psychiaters (act. II 3 S. 3 f., 14 S. 3 f., 19 S. 2, 44 S. 3 ff.) – einleuchtend und stringent auf, dass weder eine komplexe PTBS noch eine dissoziative Störung oder eine bipolare affektive Störung vorliegen (act. II 32.1 S. 14 Ziff. 6.2, 47 S. 4 f.), mithin auf die diesbezüglichen Darlegungen von Dr. med. D.\_\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann. Insbesondere hielt Dr. med. C.\_\_\_\_\_ hinsichtlich der komplexen PTBS fest, dass er im Untersuchungsgespräch weder Dissoziationen, Flashbacks noch Intrusionen feststellen konnte. Zudem verneinte er psychiatrische Brückensymptome einer komplexen Traumatisierung durchgehend seit dem Kindesalter und wies darauf hin, dass keine kinderpsychiatrischen Behandlungen erfolgt seien, die Beschwerdeführerin einen Sekundarschulabschluss erreicht habe und das Gymnasium nach zwei Jahren aufgrund der ersten Schwangerschaft und der Geburt ..., mithin nicht aus gesundheitlichen Gründen, beendet habe (act. II 32.1 S. 14 Ziff. 6.2 und S. 16). Mit diesen überzeugenden Ausführungen trägt der Gutachter rechtsgemäss dem Umstand Rechnung, dass die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung einer eingehenden Prüfung bedarf. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Mona-

te. Eine besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (Entscheid des BGer vom 11. Januar 2024, 9C\_571/2023, E. 6.2). Es sind keine Gründe ersichtlich, diese strengen Voraussetzungen für das Bestehen einer PTBS nicht auch in Bezug auf die komplexe PTBS, welche erst im seit 1. Januar 2022 gültigen Kodiersystem ICD-11 klassifiziert ist und bei der (u.a.) auch die diagnostischen Voraussetzungen der PTBS erfüllt sein müssen, anzuwenden (vgl. ICD-11 Coding Tool Mortality and Morbidity Statistics [MMS], 2024-01; Übersetzung unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen – ICD – ICD-11 – „ICD-11 in Deutsch-Entwurfassung“ – ICD-11 Kodiertools – PTBS). Zum Ausschluss einer dissoziativen Störung legte Dr. med. C.\_\_\_\_\_ dar, dass gerade ein chronischer Cannabinoidmissbrauch geeignet sei, Symptome auszulösen, die mit dem Konzept einer dissoziativen Störung vergleichbar seien und ein dissoziatives Erleben auch ein Symptom sei, das bei einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sehr häufig flankierend auftrete und in jener Diagnose aufgehe (act. II 32.1 S. 14 Ziff. 6.2, 47 S. 5), womit der Ausschluss dieser Diagnose ebenfalls überzeugend begründet ist. Weiter überzeugt, dass gerade die Komorbidität einer hyperkinetischen Störung in Kombination mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung zu hypoman anmutendem Verhalten führt, das zusätzlich durch die aktive Cannabinoidabhängigkeit amplifiziert wird (act. II 32.1 S. 14 Ziff. 6.2, 47 S. 4), womit auch diese Diagnose durch den Gutachter schlüssig verneint wurde.

**3.3.4** An der Überzeugungskraft des Gutachtens vermag der ab Anfang 2023 unternommene und gescheiterte Arbeitsversuch in einem ... nichts zu ändern (vgl. Beschwerde S. 11 Ziff. 44). Auf solche Einsätze resp. auf die in diesem Rahmen gezeigte Leistung kann nicht abgestellt werden, da die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen rechtssprechungsgemäss nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die medizinischen Fachpersonen und nicht durch Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten ist (vgl. Entscheid des BGer vom 23. September 2021, 8C\_170/2021, E. 5.1.2.2 mit Hinweisen). Dies hat umso mehr zu gelten, als es sich hier nicht um eine Abklärungs-,

sondern um eine Beschäftigungsmassnahme handelte, die offensichtlich ohne medizinische Begleitung vor Ort erfolgte.

**3.4** Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten vom 1. April 2023 (act. II 32.1) steht fest, dass in einer angepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit besteht (act. II 32.1 S. 26 Ziff. 8.2). Ob der aus psychiatrischer Sicht attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30% in einer angepassten Tätigkeit auch aus rechtlicher Sicht zu folgen ist, braucht mit Blick auf das Ergebnis – so oder anders resultiert kein Rentenanspruch (vgl. E. 4 hiernach) – nicht geprüft zu werden, insbesondere ist eine Indikatorenprüfung entbehrlich, kann doch eine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte aus der Indikatorenprüfung nicht resultieren (Entscheid des BGer vom 10. August 2021, 8C\_153/2021, E. 5.4.2).

Der medizinische Sachverhalt erweist sich damit als rechtsgenügend abgeklärt. Weitere Sachverhaltserhebungen erübrigen sich in antizipierter Beweiswürdigung (Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2 f., S. 12 f. Ziff. 50 ff. vgl. hierzu BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4).

Auf dieser Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

#### **4.**

**4.1** Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, der Invaliditätsgrad für diesen Teil nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird der Invaliditätsgrad für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

**4.2** Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Einglieder-

rungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

**4.2.1** Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

**4.2.2** Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Bei versicherten Personen nach Art. 26 Abs. 6 IVV sind in Abweichung von Art. 25 Abs. 3 IVV geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV). Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1<sup>bis</sup> IVV von 50% oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10% für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung).

**4.2.3** Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunab-

hängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV).

**4.2.4** Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Entscheids des BGer vom 27. Juni 2022, 8C\_104/2021).

**4.3** Gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 1 IVV werden für die Bestimmung des Invaliditätsgrades von Teilerwerbstätigen die Invaliditätsgrade in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) zusammengezählt. Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit wird gemäss Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 2 IVV das Einkommen ohne Invalidität auf eine Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100% entspricht, hochgerechnet (lit. a), das Einkommen mit Invalidität auf der Basis einer Erwerbstätigkeit, die einem Beschäftigungsgrad von 100% entspricht, berechnet und entsprechend an die massgebliche funktionelle Leistungsfähigkeit angepasst (lit. b) und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrades, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet (lit. c). Für die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird nach Art. 27<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt (lit. a) und der Anteil nach lit. a anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 2 lit. c und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Abs. 3 lit. b).

**4.4** Die Beschwerdegegnerin hat in Anwendung der gemischten Methode – ausgehend von einem Status von 50% Erwerb und 50% Haushalt – im Bereich Erwerb beim Einkommensvergleich das Validen- und das Invalideneinkommen auf der Grundlage des gleichen Tabellenlohns gemäss Tabelle TA1 der LSE 2020, Totalwert, Kompetenzniveau 1, Frauen, unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bestimmt, und daraus einen Invaliditätsgrad von 30% bzw. gewichtet 15% ( $30\% \times 0.5$ ) ermittelt und ist

im Bereich Haushalt von keiner Einschränkung ausgegangen (act. II 48 S. 1 f.).

**4.4.1** Die Beschwerdeführerin gab anlässlich der Erwerbsstatusabklärung im Mai 2023 unmissverständlich an, dass sie im Gesundheitsfall im Umfang von 40 bis 60% einer Erwerbstätigkeit nachgehen würde (act. II 35 S. 1). Der festgelegte Status mit einem Anteil von 50% Erwerb (Mittelwert) und 50% Haushalt ist damit nicht zu beanstanden. Daran ändert die in der Beschwerde (S. 12 Ziff. 49) erwähnte familienrechtliche Rechtsprechung, wonach die Beschwerdeführerin seit dem Übertritt ... in die Oberstufenschule verpflichtet wäre, mindestens ein 80%iges Einkommen zu erwirtschaften (Schulstufenmodell), nichts. Für die Beantwortung der sozialversicherungsrechtlichen Statusfrage ist nicht die Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit massgebend, sondern das Erwerbsspensum, in dem die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall mit überwiegender Wahrscheinlichkeit tätig wäre (BGE 144 I 28 E. 2.3 S. 30; 2020 IV Nr. 72 S. 251 E. 4.1.1). Zudem ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin effektiv Kinderalimente in der Höhe von Fr. 600.-- pro Monat erhält (act. I 4, Beschwerde S. 13 Ziff. 54). Ebenso wenig verfängt der Hinweis auf die Sozialhilfebedürftigkeit (Beschwerde S. 12 Ziff. 49). Die Sozialhilfegesetzgebung verlangt von unterstützten Personen zwar grundsätzlich die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit (Art. 9 Abs. 2 und Art. 28 Abs. 2 lit. c des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 1989 über die öffentliche Sozialhilfe [SHG; BSG 860.1]), diese Obliegenheit kann jedoch nicht weitergehen, als die vom Sozialdienst ausgerichtete wirtschaftliche Sozialhilfe. Mit einem Arbeitspensum von 50% könnte die Beschwerdeführerin in etwa die bezogene Sozialhilfe in der Höhe von Fr. 2'336.70 (act. I 4) verdienen. Überdies kommt nach der Rechtsprechung der wirtschaftlichen Notwendigkeit einer Erwerbstätigkeit alleine keine entscheidende Bedeutung zu (Entscheid des BGer vom 19. Februar 2020, 8C\_29/2020, E. 5.3.3). Der Invaliditätsgrad ist folglich anhand der gemischten Methode zu berechnen.

**4.4.2** Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen zu Recht aufgrund der LSE 2020, Tabelle TA1, Frauen, festgelegt (act. II 47 S. 1 f.), da die Beschwerdeführerin über keine berufliche Ausbildung verfügt und in

verschiedenen Stellen meist temporär und nie langdauernd gearbeitet hat (act. II 14 S. 4, 32.1 S. 6 Ziff. 3.1 und S. 9 f. Ziff. 3.3). Die gleichen statistischen Grundlagen sind auch für das Invalideneinkommen zu verwenden, weil die Beschwerdeführerin nicht arbeitet, mithin ihre zumutbare medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit nicht verwertet. Entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 11 Ziff. 41 ff.) ist die Restarbeitsfähigkeit auf dem für die Invalidenversicherung massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) offensichtlich verwertbar. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 148 V 174 E. 9.1 S. 188, 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad (im Erwerbsbereich) dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 4.2.4 hiervor), vorliegend somit 30% (vgl. E. 3.4 hiervor) bzw. gewichtet 15%. Ein Abzug vom Tabellenlohn (von 10%) ist ab dem 1. Januar 2022 gemäss dem verfassungs- und gesetzeskonformen (BVR 2023 S. 556 ff. E. 5.3.4) Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 3 IVV allein dann vorgesehen, wenn die funktionelle Leistungsfähigkeit 50% oder weniger beträgt (vgl. vorne E. 4.2.2). Eine solche Situation liegt hier nicht vor. Andere Abzugsgründe wurden mit der Einführung des neuen Rentensystems im Rahmen der Weiterentwicklung der Invalidenversicherung per 1. Januar 2022 weder im IVG noch in der IVV vorgesehen. Bei dieser Ausgangslage (Invaliditätsgrad im Erwerbsbereich von gewichtet 15%) durfte die Beschwerdeführerin ausnahmsweise auf eine Abklärung im Haushaltsbereich verzichten, denn die Einschränkung im Haushalt müsste gewichtet 25%, ungewichtet mindestens 50%, betragen. Dies ist gestützt auf die Akten, sowohl mit Blick auf die medizinischen Abklärungen als auch unter Berücksichtigung der Angaben der Beschwerdeführerin, wonach ihr die Haushaltsführung problemlos gelinge und sie im Alltag nicht eingeschränkt sei (act. II 32.1 S. 8 Ziff. 3.2), in diesem Umfang ausgeschlossen. Bei einer gewichteten Einschränkung von 15% im erwerblichen Bereich und 0% im Haushaltsbereich besteht bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 15% demnach kein Rentenanspruch (vgl. E. 2.3 hiervor).

**5.**

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 17. August 2023 (act. II 48) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

**6.**

**6.1** 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 – vorbehältlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 6.3 hiernach) – der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

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

**6.3** Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

**6.3.1** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin im Sinne der Prozessarmut ist aufgrund ihrer Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (act. I 4 f.). Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Das

Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin ist demnach gutzuheissen.

**6.3.2** Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer (MWST) werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 24. November 2023 macht Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ für einen Zeitaufwand von 17.75 Stunden ein Honorar in der Höhe von Fr. 4'969.80 (17.75 Stunden x Fr. 280.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 177.60 und MWST von Fr. 396.35 (7.7% von Fr. 5'147.40), total ausmachend Fr. 5'543.75, geltend. Anders als in der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 20. November 2023 (S. 1) vorgebracht, war das Abhören der Tonaufnahme der Begutachtung hier nicht notwendig, worauf der Instruktionsrichter bereits mit prozessleitender Verfügung vom 30. Oktober 2023 hingewiesen hat. In der Beschwerde (S. 5 Ziff. 16) liess die Beschwerdeführerin – ausser einer die medizinischen Regeln missachtende „Konfrontation“ mit ihren traumatischen Erlebnissen durch den Gutachter zu Beginn der Untersuchung, was wie dargelegt jedoch nicht den Tatsachen entspricht – keine konkreten Rügen gegen die Durchführung der Exploration erheben. Wären Anhaltspunkte für ein Fehlverhalten des Gutachters vorgelegen, die mittels der Tonaufnahme hätten verifiziert werden müssen (vgl. Informationen: Tonaufnahmen des Interviews / Funktionelle Leistungsfähigkeit vom 16. Dezember 2021 des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV, S. 2, abrufbar unter: [www.bsv.admin.ch](http://www.bsv.admin.ch)]), hätte dies die Beschwerdeführerin gegenüber ihrem behandelnden Psychiater,

spätestens aber im Rahmen der Beschwerde, vorgebracht. Dies machte sie jedoch nicht. Dass die Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der SGPP nicht eingehalten worden wären, ist nicht ersichtlich. Insbesondere lagen keinerlei Hinweise vor, wonach Missverständnisse, Suggestionen oder andere Manipulationen vorgelegen hätten. Soweit die Beschwerdeführerin im Nachhinein gestützt auf die Tonaufnahme Ergänzungsfragen und Schlussfolgerungen des Fachgutachters als „Missverständnisse“ bezeichnen will (Eingabe der Beschwerdeführerin vom 20. November 2023 S. 2), kann ihr nicht gefolgt werden. Weiter tangiert ein Verzicht auf das Abhören der Tonaufnahme die ordnungsgemässe anwaltliche Vertretung nicht, wenn dies – wie vorliegend – offensichtlich nicht notwendig ist. Unter diesen Umständen kann denn auch keine Rede von einer „Einschränkung zum Zugang zum Recht“ sein (Eingabe der Beschwerdeführerin vom 20. November 2023 S. 1 unten). Vielmehr würden Personen, die von der Rechtswohltat der unentgeltlichen Rechtspflege profitierten, gegenüber Selbstzahlern bevorzugt, indem entsprechender Aufwand zu ersetzen wäre, während ein Selbstzahler auf die entsprechenden Aufwendungen verzichten würde. Sowohl das Verfahrenskosten- als auch das Parteienschadigungsrecht werden vom Verursacherprinzip beherrscht. Danach hat unnötige Kosten zu tragen, wer sie verursacht hat (SVR 2004 ALV Nr. 8 S. 22 E. 3.1). Unnötige Kosten sind im Rahmen der unentgeltlichen Verbeiständung somit nicht zu ersetzen. Nach dem Dargelegten erscheint auch unter Berücksichtigung der insgesamt vergleichsweise wenig umfangreichen Akten ein Aufwand von 14.25 Stunden (17.75 Stunden - 3.5 Stunden [Aufwendungen vom 3. bis 20. November 2023]) angemessen. Dementsprechend ist das amtliche Honorar auf Fr. 2'850.-- (14.25 Std. à Fr. 200.--) zuzüglich den geltend gemachten und ebenfalls zu kürzenden Auslagen von Fr. 155.20 (Fr. 177.60 - Fr. 22.40 [Aufwendungen vom 3. bis 20. November 2023]) und MWST von Fr. 231.40 (7.7% von Fr. 3'005.20), somit auf total Fr. 3'236.60, festzusetzen und Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils wird Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'236.60 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern (samt den Eingaben der Beschwerdeführerin vom 13. Dezember 2023, 15. Januar 2024 und 15. März 2024)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.