

IV 200 2025 12
SCI/FRN/WSI

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 16. April 2025

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Frey, Verwaltungsrichterin Wiedmer
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 5. Dezember 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1997 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich erstmals im April 2016 unter Hinweis auf eine mittelschwere depressive Episode mit Störung der Impulskontrolle (z.B. Selbstverletzung durch Schneiden) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Die IVB tätigte erwerbliche und medizinische Erhebungen. Mit Verfügung vom 23. Oktober 2017 (act. II 25) verneinte sie den Anspruch auf berufliche Massnahmen.

Im April 2022 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine schwankende, oft verminderte Belastbarkeit im Alltag durch psychische Erkrankungen erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 26). Die IVB nahm wiederum erwerbliche sowie medizinische Abklärungen vor. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. 43 S. 5) holte sie bei Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom 10. Februar 2023 (act. II 55.1) ein. Mit Verfügung vom 5. September 2023 (act. II 57) wies sie das Leistungsbegehren ab mit der Begründung, es liege kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor.

B.

Im März 2024 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine stark verminderte Belastbarkeit im Alltag durch psychische Erkrankungen und Beeinträchtigungen wiederum bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 58). Nach Rücksprache mit dem RAD (act. II 72 f.) ordnete die IVB eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, an (Gutachten vom 13. September 2024 [act. II 83.1]). Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2024 (act. II 84) stellte sie die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines medizinischen Revisionsgrundes in Aussicht. Dagegen erhob die Versicherte Einwand

(act. II 85, 94). Am 5. Dezember 2024 verfügte die IVB dem Vorbescheid entsprechend die Abweisung des Leistungsbegehrens (act. II 99 S. 15 ff.).

C.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B. _____, mit Eingabe vom 6. Januar 2025 Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 5. Dezember 2024 sei aufzuheben.
2. Die Angelegenheit sei zur Berechnung des Invaliditätsgrades an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

-Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen-

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Januar 2025 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 Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten (vgl. jedoch E. 3).

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 5. Dezember 2024 (act. II 99 S. 15 ff.). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

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

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

2.

2.1 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 kommen den 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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen

wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG 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.

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).

2.3

2.3.1 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person darin glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 und 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Leistungsanspruch sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (vgl. BGE 149 V 177 E. 4.7 S. 184). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts dar-

genden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_661/2022 vom 26. Juni 2023 E. 3.6.2, nicht publ. in: BGE 149 V 177, aber in: SVR 2023 IV Nr. 52 S. 177).

Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung oder das Revisionsgesuch ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende (bzw. anspruchrelevant höhere) Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117, I 822/06 E. 2.1).

2.3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

Eine weitere Diagnosestellung bedeutet nur dann eine revisionsrechtlich relevante Gesundheitsverschlechterung oder eine weggefallene Diagnose eine verbesserte gesundheitliche Situation, wenn diese veränderten Umstände den Rentenanspruch berühren (BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 12; SVR 2020 IV Nr. 25 S. 83, 9C_357/2019 E. 3).

Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

2.3.3 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neu anmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

2.3.4 Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums, neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.

Soweit die Beschwerdeführerin eine Wiedererwägung der Verfügung vom 5. September 2023 (act. II 57) nach Art. 53 Abs. 2 ATSG und deren Anordnung durch das Gericht verlangt (Beschwerde S. 8 Ziff. 3.1 ff.), kann auf ihr Begehren nicht eingetreten werden. Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Verwaltung kann jedoch weder vom Gericht noch von der betroffenen Person zu einer Wiedererwägung verhalten werden. Es besteht demnach kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (BGE 133 V 50 E. 4 S. 52; SVR 2018 IV Nr. 33 S. 106, 8C_634/2017 E. 5.4, 2014 IV Nr. 7 S. 27, 8C_33/2013 E. 3.3). Deshalb kann vor Gericht weder verlangt werden, dass die Beschwerdegegnerin hierüber verfügt, noch kann das Absehen von einer solchen beim Gericht angefochten werden. Insoweit die Be-

schwerdeführerin eine Wiedererwägung beantragt (Beschwerde S. 8 Ziff. 3.1 ff.), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten.

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom März 2024 (act. II 58) eingetreten. Die Eintretensfrage ist deshalb vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 5. September 2023 (act. II 57) mit demjenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2024 (act. II 99 S. 15 ff.) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 2.3.2 hiervor).

4.2 Zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt der Verfügung vom 5. September 2023 (act. II 57) ergibt sich aus den Akten das Folgende:

4.2.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Allgemeine Innere Medizin von der Abteilung F. _____ am Spital G. _____, diagnostizierte im Bericht vom 9. Mai 2016 (act. II 8) eine schwere bis mittelschwere depressive Episode, bestehend seit Sommer 2015, eine Störung der Impulskontrolle (Selbstverletzung, Essstörung), einen ausgeprägten Autonomie- und Identitätskonflikt sowie einen dringenden Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), bestehend seit Sommer 2015. Die Beschwerdeführerin werde seit dem 22. Oktober 2015 auf der Abteilung behandelt (S. 1 Ziff. 1.1 f.). Sie absolviere seit August 2014 eine Lehre als ..., nachdem sie das Gymnasium wegen Überforderung und ungenügenden Leistungen abgebrochen habe. Erstmals sei während eines "Welschlandaufenthalts" im Sommer 2014 ein depressives Zustandsbild aufgetreten. Rückblickend könnten die Schulschwierigkeiten der Beschwerdeführerin auf ein bisher nicht erkanntes ADHS zurückgeführt werden (S. 1 f. Ziff. 1.4).

Im Bericht vom 21. Juni 2016 zu Händen der Beschwerdegegnerin (act. II 11) diagnostizierte Dr. med. E. _____ eine mittelschwere depressive Episode mit Störung der Impulskontrolle (Selbstverletzung durch Schneiden), eine Bulimia Nervosa sowie einen Verdacht auf eine Aufmerksamkeitsstörung (ADS; S. 1). Die Beschwerdeführerin sei bei Eintritt noch stark verunsichert gewesen und habe nicht gewusst, wer sie sei und wo sie ihr Lebensweg hinführen werde. Sie habe ihre belastete Vergangenheit mehrheitlich aufarbeiten können und habe dadurch viel Selbstvertrauen gewonnen. Sie habe ab Sommer 2016 einen festen Platz im privaten Gymnasium, dieser Schritt werde unterstützt (S. 2). Das private Gymnasium verlange Quartalsgebühren von Fr. 3'100.-- Leider habe die Herkunftsfamilie keine finanziellen Ressourcen. Um finanzielle Hilfe sei bereits bei der IV und im privaten Umfeld gefragt sowie ein Antrag bei der Stipendienstelle getätigt worden. Leider seien alle Versuche erfolglos geblieben. Sie [die Behandler] würden die Idee des Gymnasiums sehr unterstützen und sie glaubten, dass dieser Schritt ein wichtiger im Leben der Beschwerdeführerin sei und langfristig zu psychischer Stabilität und darüber hinaus zu grosser Zufriedenheit im Leben führen werde.

4.2.2 Im Bericht vom 28. Juni 2016 über die ambulante Untersuchung vom 1. Juni 2016 in der Sprechstunde für ADHS im Erwachsenenalter der psychiatrischen Dienste H. _____ (act. II 14) diagnostizierten die Ärztinnen eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), einen Verdacht auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, einen Verdacht auf eine ADHS (ICD-10: F90.0) mit Beginn in der Kindheit sowie eine Bulimia nervosa, atypisch (ICD-10: F50.0). Es ergäben sich entwicklungs- und testpsychologisch sowie klinisch Hinweise auf eine ADHS mit Beginn im Kindesalter. Fremdanamnestisch (Mutter der Beschwerdeführerin) würden vor allem Symptome wie Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsdefizite bestätigt. Aufgrund guter schulischer Leistungen hätten die Eltern damals die Abklärung abgelehnt. Zu bedenken sei, dass die depressive Symptomatik und die Essstörung aktuell im Vordergrund stünden, welche eine sichere Beurteilung der ADHS-Symptomatik einschränkten (S. 1).

4.2.3 Im Bericht der Praxis I. _____ vom 2. Oktober 2018 (act. II 42 S. 5 ff.), verfasst von lic. phil. J. _____, Fachpsychologe für Psychothe-

rapie FSP, visiert durch Dr. phil. K._____, Fachpsychologe für Psychotherapie FSP und Dr. med. L._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wurden eine ADHS, gemischte Präsentation, leichte Ausprägung (DSM 5: 314.00; ICD-10: F90.0) sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.0) diagnostiziert (S. 5). Anamnestisch bestünden Stimmungsschwankungen und Angst, dass die Beschwerdeführerin vergesse und versage. Sie brauche drei Mal soviel Zeit zum Lernen wie andere. Sie habe auch Mühe zu beginnen und still zu sein. Zuhören in der Schule sei schwierig, sie zeichne oder schreibe mit. Sie denke alles voraus und mache sich viele Gedanken. Zudem vergesse sie Aufträge. Es liege eine leicht bedrückte Stimmung vor sowie Zurückhaltung bzgl. dem emotionalen Ausdruck (S. 6).

4.2.4 Dr. med. M._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste H._____ vom 4. April 2022 (act. II 42 S. 1 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1) sowie eine einfache ADHS mit Beginn in der Kindheit (ICD-10: F90.0; S. 1). Die Beschwerdeführerin sei vom Notfall des Spitals N._____ am 25. Januar 2022 zugewiesen worden und auf der Kriseninterventionsstation bis am 21. Februar 2022 in stationärer Behandlung gewesen. Symptomatisch seien Antriebsstörungen, vermehrtes Weinen, sozialer Rückzug, Appetitlosigkeit, Hypersomnie, Gedankendrehen und Konzentrationsstörungen im Zentrum gestanden. Aufgrund der mittelgradigen Ausprägung der Symptomatik und vor dem Hintergrund bereits mehrerer rezidivierender Episoden sei mit ihr eine medikamentöse Unterstützung besprochen worden (S. 3). Insgesamt habe sich während des Aufenthaltes eine deutliche Besserung der Symptomatik gezeigt. Sie [Dr. med. M._____] empfehle, die antidepressive Medikation für mindestens ein Jahr nach Remission der depressiven Symptomatik weiter einzunehmen (S. 4).

4.2.5 Dr. med. O._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und die behandelnde lic. phil. P._____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, diagnostizierten im Bericht vom 19. Mai 2022 (act. II 40) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig teilremittiert unter Wellbutrin (ICD-10: F33.4), eine Dysthymia (ICD-10: F34.1), eine ADHS, gemisch-

te Präsentation, leichte Ausprägung (ICD-10: F90.0), eine soziale Phobie (ICD-10: F40.1) sowie akzentuierte zwanghafte, ängstlich-vermeidende, emotional instabile Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1), differenzialdiagnostisch: kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F61.0). Die Beschwerdeführerin sei im Alltag überfordert mit der Vereinbarkeit der Ansprüche vom Studium sowie den Verpflichtungen mit der Lebensführung (Haushalt). Sie stelle sehr hohe perfektionistische Ansprüche an sich selbst verbunden mit der Neigung, sich zu viel zuzumuten; bei dem Gedanken an das zu Erledigende gerate sie in einen Stresszustand. Schon immer habe sie Mühe mit sozialen Kontakten gehabt, ihre sozialen Ängste hätten sich in den letzten Monaten deutlich verstärkt. Zudem sei ihre Stimmung im Tagesverlauf instabil und sehr schwankend (S. 4 Ziff. 2.2). Zur Arbeitsfähigkeit wurde dargelegt, die Beschwerdeführerin habe erfolgreich die Matura nachgeholt und das erste Studiumsjahr zur ... absolviert, was auf eine positive Prognose verweise. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit sei jedoch auch langfristig mit gewissen Einschränkungen zu rechnen und davon auszugehen, dass nur eine Teilzeitbeschäftigung möglich sein werde (S. 5 Ziff. 2.7). Das Arbeitspensum von 20-30 % parallel zu den Anforderungen des Studiums sei grenzwertig. Die Beschwerdeführerin werde ihr Pensum wohl weiter reduzieren müssen, um den Anforderungen des Studiums gerecht werden zu können (S. 6 Ziff. 3.2).

4.2.6 Dr. med. C. _____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 10. Februar 2023 (act. II 55.1) eine rezidivierende depressive Störung, derzeit remittiert (ICD-10; F33.4; act. II 55.1 S. 13, 16). Zum Befund führte er unter anderem aus, es fehlten aktuell Hinweise auf Zwänge im Sinne von Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen, ausser dass sie stets auf dem gleichen Platz im Tram sitzen möchte. Seitens der Affektivität habe sie sich in einer Mittellage befunden, wobei sie recht ausgeglichen gewirkt habe und während der ganzen Zeit gut emotional schwingungsfähig geblieben sei, sodass schon bald ein warmer affektiver Rapport habe erstellt und auch erhalten werden können. Antrieb und Psychomotorik seien ungestört gewesen (S. 11 f.). Gut nachvollziehbar sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, welche derzeit als remittiert bezeichnet werden müsse. Die dazu gehörenden Störungen der Aufmerksamkeit, der Konzentration und der Auffassung sowie die Verlangsamung des Denkens,

die Antriebsarmut und das Desinteresse rechtfertigten grundsätzlich keine weitere Diagnose etwa im Sinne einer ADHS, nachdem sich die Beschwerdeführerin ausserhalb der depressiven Phasen gut auf ihr Studium und andere Tätigkeiten konzentrieren könne und dabei auch gute Leistungen erbringe. Durch die Diagnose einer rezidivierenden Störung werde auch die in den Akten erwähnte Dysthymie (ICD-10: 34.1) konsumiert, da sich die beiden Diagnosen grundsätzlich ausschliessen. Aufgrund des insgesamt und vielseitigen Arbeitspensums der Beschwerdeführerin schein aber eine auch nur schon teilweise Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wenig nachvollziehbar. In den jetzt ausgeübten Tätigkeiten als Teilzeitstudentin, ..., ... und ... müsse von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Die Arbeitsfähigkeit dürfte in Krankheitsphasen der rezidivierenden depressiven Störung und während der deshalb nötigen Hospitalisation eingeschränkt gewesen sein (S. 16 f.).

4.3 Was den Gesundheitszustand bzw. die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit der leistungsablehnenden Verfügung vom 5. September 2023 (act. II 57) betrifft, ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

4.3.1 Im Untersuchungsbericht der Praxis I. _____ vom 6. September 2023 (act. II 61 S. 1 ff.) diagnostizierten Dr. phil. K. _____ und M. Sc. Q. _____ eine Autismus-Spektrum-Störung (ASS) im Sinne eines Aspergersyndroms (ICD-10: F84.5, S. 1). Die Kriterien seien in drei der vier Diagnosekriterien erfüllt. Die CLASS (Cambridge Lifespan Asperger Syndrom Service) Kriterien seien ebenfalls erfüllt (S. 4). Im Vordergrund stünden Einschränkungen in den Bereichen Sprache und Kommunikation, der sozialen Interaktionen sowie bezüglich eingeschränkter, repetitiver und stereotypischer Verhaltensmuster, Interessen und Aktivitäten (S. 1).

Die behandelnde M. Sc. R. _____ von der Praxis I. _____ diagnostizierte im Bericht vom 29. April 2024 (act. II 70 S. 3 ff.) eine rezidivierende depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), ein Asperger-Syndrom, Erstdiagnose (ED) 09/2023 (ICD-10: F90.0), eine ADHS kombinierte Präsentation, leichte Ausprägung, ED 10/2018 (ICD-10: F90.0) sowie eine Soziale Phobie (ICD-10: F40.1, S. 6 Ziff. 2.5). Die Beschwerdeführerin habe hohe perfektionistische Ansprüche an sich selbst

verbunden mit der Neigung, sich zu viel zuzumuten. Die zwanghaft-perfektionistischen Persönlichkeitszüge könnten als eine Kompensationsstrategie im Rahmen der ASS/ADHS verstanden und interpretiert werden. Sie leide unter Gedankenkreisen um unerledigte Aufgaben, wenig Ressourcen für die Erfüllung persönlicher Bedürfnisse und wenig Ausgleich. Es bestehe eine geringe Belastbarkeit, mangelnde Flexibilität und bedeutsam eingeschränkte Frustrationstoleranz. Die Stimmung sei instabil und schwanke im Tagesablauf. Es komme zu wiederholten Erschöpfungszuständen und depressiven Verstimmungen. Sie habe Mühe mit sozialen Kontakten, starke soziale Ängste und Versagensängste in Leistungssituationen, z. B. bei Vorträgen an der Uni. Aufgrund von Überforderung habe sie sich für ein Teilzeit- statt Vollzeitstudium entschieden (S. 5 Ziff. 2.2). Eine angepasste Tätigkeit sei max. vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar (S. 10 Ziff. 4.2).

4.3.2 Der RAD-Arzt, Dr. med. S._____, führte im Bericht vom 3. Juni 2024 (act. II 73) aus, es ergäben sich erhebliche Diskrepanzen hinsichtlich der psychiatrischen Diagnosen zwischen denen der ambulanten Behandler und dem vorliegenden psychiatrischen Gutachten aus dem Jahr 2023. Die von den Behandlern zum damaligen Zeitpunkt genannten Vordiagnosen seien nur eingeschränkt nachvollziehbar im psychiatrischen Gutachten diskutiert worden. Dies betreffe insbesondere die im ambulanten Bereich festgestellte ADHS und die soziale Phobie. Zudem sei im 2023 eine ASS-Abklärung durchgeführt und das Vorliegen einer ASS bestätigt worden. Es ergäben sich in der Gesamteinschätzung gerade aufgrund der divergent dargestellten psychiatrischen Gesundheitsstörungen Hinweise darauf, dass die Beschwerdeführerin anhaltend psychisch mehr beeinträchtigt sei als dies im psychiatrischen Gutachten 2023 zum Ausdruck komme. Es sei daher ein erneutes psychiatrisches Gutachten zu initiieren.

4.3.3 Dr. med. D._____, diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 13. September 2024 (act. II 83.1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine ASS (gemäss DSM-5: 299.00) im Sinne einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (ICD-10: F84), eine ADHS (ICD-10: F90.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1; S. 22 Ziff. 6.3). Zum Befund legte er dar, der Gesichtsaus-

druck der Beschwerdeführerin habe eine leichte Müdigkeit und Depressivität gezeigt. Psychomotorisch habe sie weder eine Verlangsamung noch eine Agitation gezeigt, habe jedoch angespannt und unsicher gewirkt. Der Blickkontakt sei oftmals vermeidend und nur selten länger am Stück auf den Referenten gerichtet gewesen. Die Beschwerdeführerin sei euthym bis mitunter leicht depressiv gewesen, wobei fortzu der Eindruck entstanden sei, dass sie eine ausgeprägtere depressive Grundstimmung habe abzuwehren versucht. Sie habe bisweilen eine leichte Affektverlangsamung, nicht aber eine Affektverflachung oder gar eine Affektstarre gezeigt. Sie habe keinerlei Affektlabilität oder Affektinkontinenz gezeigt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei gut erhalten gewesen. Der affektive Rapport sei gut etabliert gewesen (S. 15 f. Ziff. 4.1 ff.).

Es liege eine ASS vor. Die diagnostischen A-Kriterien nach DSM-5 seien erfüllt: Die Beschwerdeführerin habe schon immer Schwierigkeiten gehabt, soziale Kontakte zu knüpfen, eine eigentliche soziale Einbindung zu erlangen sei ihr nie gelungen. Sie könne die Nähe anderer Menschen nicht ohne weiteres aushalten. Small Talk sei für sie schwierig. Sie sei grundsätzlich gut in der Lage, sich in die Befindlichkeiten anderer Menschen hineinzusetzen und auch deren Gesichter zu interpretieren, jedoch sei sie überfordert, wenn es darum gehe, auf Gefühlsäusserungen anderer Menschen zu reagieren (S. 25 ff.). Auch die B-Kriterien seien allesamt erfüllt: Die Beschwerdeführerin berichte darüber, dass sie auf einen Alltag mit Gewohnheiten angewiesen sei. Sie berichte über restriktive Ernährungs- und Kleidungs Vorschriften. Des weiteren berichte sie über ein seit jeher bestehendes hohes Interesse an Lektüre, insbesondere über Tiere, über welches sie dann exzessiv recherchiere. Sie habe einen Hamster, Mäuse und seit kurzem auch drei junge Ratten. Zudem berichte sie über eine erhöhte Empfindsamkeit gegenüber Geräuschen, Licht und Gerüchen. Auch die Kriterien C-E seien erfüllt (S. 27 f.). Zudem könne ohne weiteres eine ADHS diagnostiziert werden. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie nach wie vor Probleme mit der Konzentration habe und dass sie nach wie vor ablenkbar sei. Sie dürfte während vielen Jahren in der Schule ihre Defizite dank ihrer grundsätzlich guten Intelligenz kompensiert haben (S. 30 f. Ziff. 3). Die depressive Störung sei in der psychodiagnostischen Hierarchie und auch in der Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur ASS und

zur ADHS von untergeordneter Bedeutung und stelle ein Sekundärphänomen insbesondere der ASS dar (S. 32). Zur Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, in jeglichen beruflichen Tätigkeiten bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Diese dürfte bereits im Jahr 2016 vorgelegen haben, mit Sicherheit sodann zum Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C. _____ vom 10. Februar 2023, der es nämlich verpasst habe, sowohl die ASS als auch die ADHS zu erkennen und zu diagnostizieren (S. 38 Ziff. 8.1 ff.).

4.3.4 Mit Schreiben vom 29. November 2024 (act. II 94 S. 2) führte Dr. med. L. _____ unter dem Titel "Stellungnahme zum Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 10.02.2023" aus, aus seiner Sicht genüge der Bericht von Dr. med. C. _____ weder formal noch fachärztlich den Anforderungen. Er empfehle deshalb, das Gutachten von Dr. med. D. _____ als Grundlage beizuziehen.

4.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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

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, 8C_260/2020 E. 2.2).

4.5

4.5.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2024 (act. II 99 S. 15 ff.) davon aus, dass sich gestützt auf die Einschätzung des psychiatrischen Gutachters Dr. med. D._____ seit der rentenabweisenden Verfügung vom 5. September 2023 (act. II 57) keine erhebliche Änderung eingestellt hat, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dies ist nicht zu beanstanden.

Dr. med. D._____ hat ausdrücklich bestätigt, dass eine seit (mindestens) 2016 unveränderte Sachlage vorliegt (act. II 83.1 S. 33 Ziff. 7.1, S. 38 Ziff. 8.3). Damit liegt keine Veränderung in der tatsächlichen Situation vor und die Einschätzung durch den Gutachter Dr. med. D._____ stellt eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts dar.

Es ist der Beschwerdeführerin zwar insoweit zuzustimmen, als dass die Formulierung in der Verfügung, es bestehe seit der letzten Beurteilung "keine neu aufgetretene Diagnose bzw. keine Verschlechterung des Gesundheitszustands", irreführend ist (Beschwerde S. 5 Ziff. 1.15 f.). Entscheidend ist jedoch, dass sich wie vom Gutachter klar bestätigt, der Gesundheitszustand nicht verändert hat. Allein der Umstand, dass neue Diagnosen – insbesondere die Diagnose einer ASS (act. II 61 S. 1 ff.) – für den gleichen Zustand gestellt werden, begründet hingegen keine massgebliche Veränderung (vgl. E. 2.3.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin ist folglich zutreffend von unveränderten Verhältnissen und einem fehlenden Neu anmeldungsgrund ausgegangen. Zu Recht hat sie deshalb das Gesuch der Beschwerdeführerin vom März 2024 (act. II 58) abgewiesen.

Selbst wenn jedoch – wie von der Beschwerdeführerin verlangt – vor dem Hintergrund des neuen Gutachtens vom 13. September 2024 (act. II 83.1) eine Reevaluation erfolgen könnte, würde sich am Ergebnis nichts ändern, denn die Kritik des Gutachters Dr. med. D. _____ am Gutachten von Dr. med. C. _____ überzeugt nicht.

4.5.2 Dr. med. D. _____ ist zwar zuzustimmen, dass Dr. med. C. _____ keine separate Diagnoseauflistung vorgenommen hat (act. II 83.1 S. 20). Dabei handelt es sich jedoch um einen formalen Umstand, der keineswegs zur Unverwertbarkeit des Gutachtens von Dr. med. C. _____ führt. Denn aus dem Fliesstext des Gutachtens von Dr. med. C. _____ kommt die Diagnostik klar und eindeutig zum Ausdruck. Dr. med. C. _____ hat weiter seine Befundaufnahme nachvollziehbar festgehalten (act. II 55.1 S. 11 f. Ziff. 4) und diese steht mit den Befunden und Feststellungen der bis zu diesem Zeitpunkt befassten Ärzte und den bereits damals umfangreichen sonstigen Akten in keinem Widerspruch. Nachvollziehbar hat er die seitens der behandelnden Ärzte gestellten Diagnosen diskutiert und beurteilt. Er ging dabei (zu Recht entgegen der heutigen Annahme des Dr. med. D. _____) von einer weitgehend unauffälligen Kindheit und Schulzeit aus (act. II 55.1 S. 9 Ziff. 3) und hat überzeugend Anzeichen für die Diagnose einer ADHS (z.B. im Sinne eines eigentlichen Geburtsgebrechen gemäss Ziff. 404 der bis zum 1. Januar 2022 geltenden Fassung des Anhang zur Verordnung über Geburtsgebrechen vom 9. Dezember 1985 [GgV; SR 831.232.21]) ausgeschlossen (act. II 55.1 S. 13 f. Ziff. 6). Die Schulzeit wurde von der Beschwerdeführerin denn auch bis zum Abschluss der Unter -und Mittelstufe als weitgehend normal, und damit innerhalb der Bandbreite der gausschen Verteilung der Schülerinnen und Schüler liegend, geschildert (act. II 55.1 S. 9 Ziff. 3). Aus den Akten ergibt sich weiter, dass die Beschwerdeführerin erst anlässlich des Übertritts in die gymnasiale Bildung (d.h. nach der obligatorischen Schulzeit) und damit während der Pubertät Probleme entwickelte. Anlässlich der Erstbehandlung in der Abteilung F. _____ am Spital G. _____ ab Oktober 2015 wurde denn auch ein ausgeprägter Autonomie- und Identitätskonflikt bzw. eine Adoleszenzkrise festgestellt. Diagnostiziert wurden eine schwere bis mittelschwere depressive Episode, eine Störung der Impulskontrolle (Selbstverletzung, Essstörung), ein ausgeprägter Autonomie- und

Identitätskonflikt sowie ein dringender Verdacht auf eine ADHS (act. II 8 S. 1 Ziff. 1.1, 1.3). In der daraufhin aufgenommenen Behandlung ergab sich hinsichtlich der familiären Situation ein Alkoholproblem des Vaters (act. II 55.1 S. 9 Ziff. 3). Es ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass dieser psychosoziale Umstand die Beschwerdeführerin in ihrer Entwicklung wesentlich beeinflusst hat und mit zu den Problemen in der Pubertät beigetragen hat. Er genügt jedoch nicht, um über die damals erstmals aufgetretene Depression und die Impulskontrollstörung hinaus die Diagnose einer weit in die Kindheit zurückreichende ADHS (oder neu einer ASS) zu stützen. Entgegen Dr. med. D. _____ (act. II 83.1 S. 20) fehlt es im Gutachten von Dr. med. C. _____ denn auch nicht an einer Begründung dafür, weshalb er neben der depressiven Störung keine weitere Diagnose gestellt hat bzw. eine solche ausschloss. Dr. med. C. _____ hat überzeugend dargelegt, dass die bei der Beschwerdeführerin erhobenen Symptome innerhalb der depressiven Störung zu verorten sind und dass diese Symptome nicht gleichzeitig mit einer zweiten Störung wie der Dysthymie (ICD-10: F34.1) verbunden werden können (act. II 55.1 S. 13 Ziff. 6), was mit den diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen übereinstimmt (DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Aufl. 2015, S. 183). Hinsichtlich der Depressivität schilderte schliesslich Dr. med. D. _____ auch im Zeitpunkt seiner Begutachtung Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Beschwerdeangaben (act. II 83.1 S. 32 Ziff. 4). Den objektiven Befunden folgend liegt denn auch, was Dr. med. D. _____ selber bestätigt hat, weiterhin kein anderer Zustand vor, als ihn bereits Dr. med. C. _____ zu beurteilen hatte.

4.5.3 Überdies vermag Dr. med. D. _____ seine Kritik am Gutachten des Dr. med. C. _____ auch nicht mit seiner eigenen, divergierenden Beurteilung zu erhärten. Dr. med. D. _____ hat in seinem Gutachten eine in weiten Teilen theoretische Abhandlung über die ASS-Diagnose vorgenommen, ohne einen hinreichenden und nachvollziehbaren Bezug zum konkreten Fall herzustellen.

Auch anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. D._____ konnten keine massgeblichen Befunde erhoben werden. So hielt Dr. med. D._____ selbst fest, in den spezifischen objektiven Parametern, die die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermögen, habe die Beschwerdeführerin im Grunde keine pathologisch ausgelenkten Befunde gezeigt (act. II 83.1 S. 32). Die Beschwerdeführerin sei euthym (ausgeglichener) bis mitunter leicht depressiv, wobei "fortzu" der Eindruck entstanden sei, dass sie eine ausgeprägtere depressive Grundstimmung abzuwehren versucht habe (act. II 83.1 S. 16 Ziff. 4.3). Letzteres genügt jedoch nicht, die von Dr. med. D._____ gestellten Diagnosen einer ADHS bzw. ASS zu begründen. Dr. med. D._____ stellte in seiner Beurteilung denn auch weitgehend auf die subjektiven Darlegungen der Beschwerdeführerin ab, ohne diese kritisch zu würdigen und in den Zusammenhang seiner objektiven Befunde und der echtzeitlich festgehaltenen Sachlage zu stellen. Dr. med. D._____ liess bei seinen Ausführungen insbesondere unbeachtet, dass die Beschwerdeführerin bis gegen Ende der obligatorischen Schulzeit (und damit bis zur Pubertät) keine Auffälligkeiten zeigte und eine durchschnittliche Schullaufbahn durchlief (act. II 83.1 S. 7 Ziff. 3.2.2, 8 S. 2 Ziff. 1.4, 14 S. 1, 3). Dass angeblich einmal von einem Lehrer eine ADHS-Abklärung angeregt worden war, die Eltern sich aufgrund der guten Schulleistungen und der offenbar durchschnittlichen schulischen Sozialisation der Beschwerdeführerin dagegen ausgesprochen haben (act. II 83.1 S. 7 Ziff. 3.2.2, S. 18 Ziff. 6.2, 14 S. 1), ändert daran nichts. Selbst gegenüber Dr. med. D._____ schilderte die Beschwerdeführerin, dass sie in der Schule keine Probleme gehabt habe, vielmehr unterfordert gewesen sei (act. II 83.1 S. 7 Ziff. 3.2.2). Eine Unterforderung in der Schule mit den sich daraus ergebenden Problemen lässt jedoch keine (ab Geburt bestehende) psychische Störung begründen. Dass die Beschwerdeführerin bei hinreichend forderndem Umfeld ihre Ressourcen nach wie vor mobilisieren kann, belegt im Übrigen der Umstand, dass sie das Gymnasium für Erwachsene – nota bene neben einer Teilzeiterwerbstätigkeit – in einer Zeit von rund drei Jahren absolvieren konnte (act. II 39 S. 3). Wenn sie diesbezüglich gegenüber Dr. med. D._____ ausführte, aufgrund des zeitlich eingeschränkten Programms an der Schule (Samstag und wenige Halbtage unter der Woche) sei sie nie unter besonderem Druck gestanden (act. II 83.1 S. 8 Ziff. 3.2.2), ändert dies nichts. Die Absolvierung des Erwachsenen-

Gymnasiums ist nicht weniger anforderungsreich als der Besuch eines Gymnasiums in der Jugendzeit, sind doch die gleichen Leistungsziele zu erreichen. Die Beschwerdeführerin verfügte bei Schulantritt über kein massgebliches Vorwissen, hatte sie das staatliche Gymnasium doch früh abgebrochen. Sie hat es geschafft, sämtliche Lernziele, wie sie für alle Maturanden gelten, zu erreichen. Entgegen dem Gutachter weist dies auf erhebliche Ressourcen und ein grosses Rendement hin, das den vom Gutachter Dr. med. D. _____ rückwirkend seit mindestens 2016 attestierten Einschränkungen (act. II 83.1 S. 38 Ziff. 8.3) entgegensteht.

Dr. med. D. _____ hielt weiter fest, dass eine ASS in der ICD-10 nicht vorgesehen, sondern erst in der ICD-11 figurieren werde. Damit verkennt er, dass in der aktuell massgeblichen ICD-10 verschiedenen Störungen im Bereich des Autismus aufgenommen sind. Neben dem frühkindlichen Autismus (ICD-10: F84.0), dem atypischen Autismus (ICD-10: F84.1) kennt die ICD-10 das Aspergersyndrom (ICD-10: F84.5). Letzteres haben die Psychologinnen der Praxis I. _____ attestiert. Dr. med. D. _____ führte dazu jedoch aus, er habe keine Befunde erhoben, "die wir üblicherweise bei autistischen Menschen nachweisen können, wozu allerdings hervorzuheben ist, dass solche blanden Befunde im objektiven Psychostatus bei autistischen Frauen keineswegs eine Seltenheit darstellen, weil die Affektivität im weiblichen Geschlecht in der allgemeinen Psychiatrie ubiquitär stärker ausgeprägt ist als im männlichen Geschlecht [...]. Wir können also zusammenfassen, dass die diagnostischen A-Kriterien bei dieser Explorandin erfüllt sind." (act. II 83.1 S. 26 f.). Eine nachvollziehbare und medizinisch theoretisch valide Begründung, weshalb beim Fehlen der erforderlichen Befunde dennoch die Diagnose zu stellen ist, fehlt. Gleiches gilt, wenn Dr. med. D. _____ festhält, dass keinerlei motorische Stereotypen gezeigt würden, dann aber gleichwohl auf der Basis der Aussagen der Beschwerdeführerin solche (entgegen den bisherigen Akten) als seit je bestehend annimmt (act. II 83.1 S. 27). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin jeweils die Folgeweche plant (act. II 83.1 S. 27), genügt ebenfalls nicht, um von einer massgeblichen Störung auszugehen. Wenn Dr. med. D. _____ weiter aus dem Umstand, dass die Beschwerdeführerin gern gelesen hat und sich für Tiere interessierte, deutlich restriktive, fixe Interessen mit abnormer Intensität ableitet, so genügt dies nicht (act. II 83.1

S. 27), um daraus bei sonst fehlenden objektiven Befunden und vielfältiger Betätigung mit Schule bzw. Studium parallel zu einer Erwerbstätigkeit eine psychische Störung abzuleiten.

4.5.4 Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit der Pubertät an einer depressiven Störung leidet. Nicht gefolgt werden kann der Annahme einer weit in die Kindheit zurückreichenden anderweitigen psychischen Störung, was Dr. med. C._____ nachvollziehbar und überzeugend dargelegt hat (act. II 55.1 S. 13 f. Ziff. 6). Nichts daran ändern die Berichte der Praxis I._____ von Dr. med. L._____ und den verschiedenen dortigen Psychologinnen und Psychologen. Die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Praxis I._____ hatten im Rahmen ihrer Behandlung – als die Beschwerdeführerin 21 Jahre alt war – zunächst ein ADHS attestiert (act. II 42 S. 5), ohne dass wie bereits dargelegt (vgl. E. 4.5.3 hiervor), jedoch eine bis ins Kindesalter zurückreichende Störung belegt werden konnte. Diese Diagnose haben sie nach dem Gutachten von Dr. med. C._____ in ihrem Bericht vom 6. September 2023 (act. II 61 S. 1 ff.) auf eine ASS im Sinne eines Aspergersyndroms (ICD-10: F84.5) umgestellt bzw. um diese ergänzt. Die Behandelnden gaben diese Einschätzung basierend auf den subjektiven Angaben der (inzwischen 26-jährigen) Beschwerdeführerin ab. Eine Auseinandersetzung mit den umfangreichen Akten und den verschiedenen Berichten der früheren Behandlungen, selbst der eigenen, fand nicht statt. Insbesondere wurde der ebenfalls vom leitenden Psychologen der Praxis I._____ mitunterzeichnete Bericht betreffend die Abklärung über eine ADHS vom 2. Oktober 2018 (act. II 61 S. 5 ff.) im Abklärungsbericht betreffend die ASS vom 6. September 2023 (act. II 61 S. 1 ff.) auch nicht ansatzweise kritisch diskutiert. Es fehlt entsprechend jegliche nachvollziehbare Begründung, weshalb von der ursprünglichen Diagnose einer ADHS zur ASS gewechselt wird, bzw. kumulativ gleich zwei Störungen vorliegen sollen.

4.5.5 Zusammenfassend hat sich seit der rentenabweisenden Verfügung vom 5. September 2023 (act. II 57) keine erhebliche Änderung eingestellt, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Damit bleibt kein Raum für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassende Prüfung des Rentenanspruchs. Selbst wenn jedoch eine

solche erfolgen könnte, würde sich am Ergebnis nichts ändern, da auch weiterhin mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht.

5.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2024 nicht zu beanstanden und die hiergegen erhobene Beschwerde abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

6.

6.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} 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.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

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

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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