

IV 200 2025 191
WIS/NUS/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Juni 2026

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Nussbaumer

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin B. _____
Postfach, 3001 Bern
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. Februar 2025



Sachverhalt:

A.

Die 1986 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) verfügt über keine Berufsausbildung und meldete sich im September 2021 unter Hinweis auf Depressionen, Gedächtnisstörungen, Panikattacken sowie einen Verdacht auf eine Polyneuropathie bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1). Mit Vorbescheid vom 13. Oktober 2021 (act. II 18) stellte die IVB die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, mit der Begründung es liege keine Invalidität vor. Am 19. November 2021 (act. II 23) verfügte sie wie angekündigt. Diese Verfügung blieb unangefochten.

B.

Im August 2022 (act. II 27) meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine psychische Beeinträchtigung sowie anhaltende Schmerzen nach einer Kieferoperation erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an. Daraufhin tätigte die IVB medizinische und erwerbliche Abklärungen und holte nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; act. II 46) bei Dr. med. C._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten vom 26. Januar 2024 (act. II 71.1) sowie eine Stellungnahme vom 1. Februar 2024 ein (act. II 73). Mit Vorbescheid vom 13. Februar 2024 (act. II 74) stellte sie bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 45 % ab dem 1. Januar 2024 die Ausrichtung einer Rente von 37.5 % einer ganzen Rente in Aussicht. Auf Einwand hin (act. II 77) holte die IVB eine Stellungnahme von Dr. med. C._____ vom 30. April 2024 ein (act. II 86.1) und verfügte am 13. Februar 2025 (act. II 96) wie angekündigt.

C.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 17. März 2025 Beschwerde mit den sinngemässen Rechtsbegehren um Aufhebung der Verfügung vom 13. Februar 2025 (act. II 96) und Ausrichtung einer Rente. Zudem stellte sie ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 15. April 2025 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 24. April 2025 reichte die Beschwerdeführerin einen medizinischen Bericht ein (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 6) und zog das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege sinngemäss zurück.

Die Beschwerdegegnerin nahm mit Eingabe vom 7. Mai 2025 zu dem von der Beschwerdeführerin eingereichten medizinischen Bericht (act. I 6) Stellung und hielt an ihren Anträgen fest. Diese Eingabe wurde der Beschwerdeführerin mit prozessleitender Verfügung vom 9. Mai 2025 zugestellt.

Mit Eingabe vom 20. Mai 2025 teilte Rechtsanwältin B. _____ dem Gericht mit, sie vertrete neu die Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren. Sie ersuchte weiter um Erstreckung der Frist zur Einreichung einer Stellungnahme zu der Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 7. Mai 2025.

Die innert der von der Instruktionsrichterin mit prozessleitender Verfügung vom 22. Mai 2025 gesetzten Frist erfolgte Stellungnahme von Rechtsanwältin B. _____ vom 23. Juni 2025 wurde der Beschwerdegegnerin am 26. Juni 2025 zugestellt. Diese äusserte sich mit Eingabe vom 9. Juli 2025 dazu und hielt an ihren Anträgen fest.

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 13. Februar 2025 (act. II 96). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

werbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 151 V 66 E. 5.4 S. 70, 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

2.3 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).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

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.

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. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

Die Beschwerdegegnerin hat mit Verfügung vom 19. November 2021 den Leistungsanspruch abgelehnt und damit der Form nach einen materiellen Entscheid gefällt (act. II 23). Diese Verfügung stellt jedoch der Sache nach ein Nichteintreten dar, denn die Verwaltung konnte aufgrund der damaligen Aktenlage eine Leistungsabweisung nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begründen, so dass sie einen Nichteintrentensentscheid zu fällen hatte (Rz. 5012 f. des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über das Verfahren in der Invali-

denversicherung [KSVI]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 151 V 264 E. 6.2 S. 266, 151 V 137 E. 4.3 S. 140, 151 V 186 E. 4.1 S. 189, 150 V 1 E. 6.4.2 S. 6). In der Folge ist kein Neuanmeldungsgrund notwendig und es hat von vornherein eine freie Prüfung zu erfolgen.

3.1

3.1.1 Im psychiatrischen Gutachten vom 26. Januar 2024 stellte Dr. med. C. _____ folgende Diagnosen (act. II 71.1/30 f. Ziff. 6.3):

- Kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0)
 - mit schizotypen (autistischen), emotional instabilen (impulsiv, depressiv, ängstlich), zwanghaften, paranoiden, narzisstischen und histrionischen (dissoziativen) Anteilen
 - mit gegenwärtig regelmässigem Konsum von Tabak sowie anamnestisch vermehrtem Gebrauch von Alkohol, Cannabinoiden, Amphetaminen (inkl. Ecstasy), Dextromethorphan und LSD

Es könnten die seit der Kindheit bekannten Symptome der Beschwerdeführerin mit Bezug zur ICD-10 heute als Ausdruck einer kombinierten (schizotyp/autistisch, emotional instabil/impulsiv/depressiv/ängstlich, zwanghaft, paranoid, narzisstisch, histrionisch/dissoziativ) Persönlichkeitsstörung (F61.0) eingeordnet werden, die mit dem zeitweise vermehrten Konsum von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (Tabak, Alkohol, Cannabinoiden, Amphetaminen inkl. Ecstasy, Dextromethorphan, LSD) einhergehe (S. 32 Ziff. 6.3).

Als Teil bzw. Ausdruck der kombinierten Persönlichkeitsstörung sei ein Suchtleiden zu beachten. Gegenwärtig stehe dabei der Konsum von Tabak im Vordergrund. Dieses Konsumverhalten (vgl. auch der zusätzliche Gebrauch von Alkohol, Cannabinoiden, Amphetaminen inkl. Ecstasy, Dextromethorphan, LSD) habe sich (parallel) neben den anderen Zeichen der Persönlichkeitsstörung (interaktionelle Defizite, emotionale Instabilität, gescheiterte schulische/berufliche/partnerschaftliche Integration) entwickelt. Suchtspezifische therapeutische Massnahmen seien nicht bekannt. Die Motivation der Beschwerdeführerin zur dauerhaften Abstinenz von Alkohol, Cannabinoiden, (nicht ärztlich verordneten) Amphetaminen inkl. Ecstasy, Dextromethorphan und LSD sei gegenwärtig ausgeprägt. Eine Abstinenz sei auch medizinisch zumutbar, tatsächlich möglich (auch gemäss Anga-

ben der Beschwerdeführerin selbst und in den Akten beispielsweise bezüglich Alkohol- und Cannabisgebrauch) und unterstütze eine nachhaltige berufliche Integration (S. 33 Ziff. 6.3).

Ebenfalls als Teil bzw. Ausdruck der kombinierten Persönlichkeitsstörung sei eine ängstlich/phobisch-niedergeschlagene Verstimmung bei einer übergenauen Grundhaltung vor dem Hintergrund rezidivierender depressiver Syndrome zu beachten. Diese Verstimmungszustände könnten dabei nicht als eigenständige Störung von der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung abgegrenzt werden. Im Gegenteil konkretisierten sich mit ihnen die interaktionellen Defizite aufgrund der Pathologie der Persönlichkeit (S. 33 Ziff. 6.3).

Die Beschwerdeführerin habe am 9. November 2023 die Diagnose einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) genannt, die in den Akten nicht erwähnt werde. Die Störung habe sich anlässlich der Untersuchung nicht in objektivierbaren psychopathologischen Befunden gezeigt. Es seien im Fall der Beschwerdeführerin darüber hinaus die mit dieser Störung allfällig tatsächlich verbundenen Defizite zudem nicht "mehr?" mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausreichend von jenen durch ihre Persönlichkeitsstörung begründbaren Auffälligkeiten abzugrenzen. Beide Bereiche würden sich weitgehend überschneiden. Insofern sei dieses Störungsbild in der Pathologie der Persönlichkeit "aufgegangen" (S. 35 Ziff. 6.3).

Die Verdachtsdiagnose einer "tiefgreifende[n] Entwicklungsstörung" im Sinne eines Asperger-Syndroms könne aufgrund der Akten und der Angaben der Beschwerdeführerin selbst zumindest teilweise nachvollzogen werden. Es seien die mit dieser Störung verbundenen Defizite aber ebenfalls nicht (mehr) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausreichend von jenen durch die Persönlichkeitsstörung begründbaren Auffälligkeiten abzugrenzen. Auch diese beiden Bereiche würden sich weitgehend überschneiden. Insofern sei dieses Störungsbild aus versicherungspsychiatrischer Sicht genauso in der Pathologie der Persönlichkeit "aufgegangen" wie die ADHS (S. 35 Ziff. 6.3).

Weitere (allfällig versicherungspsychiatrisch relevante) Störungen gemäss ICD-10 (Kapitel F, psychische und Verhaltensstörungen) könnten im Fall der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht begründet werden (S. 36 Ziff. 6.3).

Die Pathologie der Persönlichkeit sei im Fall der Beschwerdeführerin als leicht bis mittelschwer ausgeprägt einzuordnen. Sie sei nicht gleichzusetzen mit einer schweren psychiatrischen Störung, die die Handlungs- und Willensfreiheit und/oder den Realitätsbezug (fast) vollständig verunmögliche. Solche Störungen seien beispielsweise Endstadien der Entwicklung einer Demenz, eine langjährige oder hochakute Schizophrenie oder ein Delir (S. 38 Ziff. 7.1).

Die Persönlichkeitsstörung stelle auch weiterhin grundsätzlich eine Indikation für eine regelmässige strukturierte fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Es könne die Beschwerdeführerin im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten und sozialen Belastungen sowie bei der beruflichen (Re-)Integration unterstützt werden. Insbesondere eine Modifikation ihres bezüglich Erwerbstätigkeit selektiv ausgelebten, phobisch begründeten Vermeidungsverhaltens und die Aufrechterhaltung ihrer weitgehenden Abstinenz bezüglich nicht ärztlich verordneter Substanzen sei anzustreben. Eine Motivation für eine solche Behandlung bestätige die Beschwerdeführerin teilweise. Der allfällige Nutzen einer Behandlung sei – über allfällige Kriseninterventionen insbesondere bei sozialer Dekonditionierung mit depressiven Syndromen hinaus – mit Blick auf eine relevante Steigerung der Arbeitsfähigkeit aus rein medizinischer (psychiatrisch-psychotherapeutischer) Sicht aber nicht anzunehmen. Der Einsatz sei zunächst rein therapeutisch-ethisch im Zusammenhang eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells motiviert. Medizinisch-theoretisch sei die Prognose einer Persönlichkeitsstörung (oft trotz langjähriger psychiatrisch-psychotherapeutischer Therapie) meist chronisch stabil. Die in diesem Zusammenhang eingesetzten Psychopharmaka könnten zwar zur Stabilisierung bei psychischen Krisen beitragen, würden aber ebenfalls zu keiner wesentlichen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen (S. 38 f. Ziff. 7.1).

Beim Verlauf der Störung der Beschwerdeführerin seien neben einem Rentenbegehren auch weitere nicht krankheitsbedingte (soziale) Faktoren zu nennen (beispielsweise Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, unklare

berufliche Perspektive, geringe Erfahrung im ersten Arbeitsmarkt, finanzielle Sorgen/Schulden, fehlende Partnerschaft, soziale Dekonditionierung). Diese Gesichtspunkte besäßen vor allem therapeutische und sozialarbeiterische Relevanz. Sie gingen nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus versicherungspsychiatrischer Sicht mit ein (weder positiv noch negativ). Diese Faktoren würden die Motivation und die Möglichkeiten zur Leistungssteigerung im Fall der Beschwerdeführerin und ihre flexible Orientierung am Arbeitsmarkt beeinträchtigen. Sie würden auch die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin erklären. Bei der Selbstbeurteilung der Beschwerdeführerin sei zudem eine Aggravation zu beachten (S. 39 Ziff. 7.1).

Die Beschwerdeführerin könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ganztags anwesend sein. Eine Einschränkung der Leistung von 50 % sei im Längsschnitt aufgrund einer verminderten Belastbarkeit bei Defiziten der Gruppenfähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit und vor allem der Durchhaltefähigkeit anzunehmen (S. 44 Ziff. 8.1).

Die Defizite in den Bereichen Gruppenfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit und Durchhaltefähigkeit sollten in einer optimal angepassten Tätigkeit toleriert, bestenfalls gemildert werden (beispielsweise mit Job-Coaching). Die Beschwerdeführerin könne von einem Arbeitsplatz profitieren, bei dem ein gut strukturierter verbindlicher, aber beweglicher Rahmen sowie Motivation und Kontrolle mit einer wohlwollenden, dabei stringenten Arbeitsatmosphäre geboten würden. Die Durchhaltefähigkeit könne durch eine autonome Gestaltung der Tätigkeiten gefördert werden. Zu vermeiden seien Schicht- und Akkordarbeit, hohe Verantwortung und komplexe Aufgaben unter Zeitdruck. Förderlich seien insbesondere regelmässige Arbeits- und Ruhezeiten sowie vermehrte Pausen. In einer solchen Tätigkeit könne sie ganztags präsent sein. Eine Einschränkung der Leistung von 20 % sei aufgrund einer verminderten Belastbarkeit bei Defiziten vor allem der Durchhaltefähigkeit anzunehmen (S. 45 Ziff. 8.2).

Auf die im vorliegenden Gutachten erläuterte Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung vom 9. November 2023 abgestützt wer-

den. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit könne bereits seit 2000 (Abbruch des Schulbesuchs mit anschliessend gescheiterter nachhaltiger beruflicher, partnerschaftlicher/familiärer, sozialer Integration) davon ausgegangen werden (S. 44 ff. Ziff. 8.1 und 8.2).

Die Suchterkrankung wirke sich zurzeit nicht auf die Eingliederungsfähigkeit/Arbeitsfähigkeit aus (S. 49 Ziff. 8.4).

3.1.2 Im zum Zeitpunkt der Gutachtenserstellung noch nicht vorliegenden Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 22. Dezember 2023 (act. II 70/2 ff.) über die teilstationäre Behandlung vom 3. Juli bis zum 29. September 2023 wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)
- Einfache Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ICD-10 F90.0)
- Verdacht auf Asperger-Syndrom (ICD-10 F84.5)

Diagnostisch hätten aufgrund der beschriebenen Symptomatik, entsprechendem Verlauf sowie unter Honorierung der Vorgeschichte die vorbestehenden Diagnosen bestätigt werden können. Wegen eines bestehenden Verdachts auf eine ADHS seien weitere diagnostische Abklärungen durchgeführt worden. In der Entwicklungsgeschichte hätten sich Hinweise gezeigt, welche dafür sprächen, dass in der Kindheit eine ADHS vorgelegen habe, beziehungsweise einige Symptome erfüllt gewesen seien und weiterhin bestünden, wobei die Fragebogenergebnisse des WURS-K und des ADHS-SB, welche deutlich über dem jeweiligen cut-off-Wert lägen, diese unterstützen würden. Die Beschwerdeführerin habe im ADHS-SB angegeben, dass die Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der ADHS-Symptomatik im Schulalter schwer ausgeprägt gewesen seien, sie diese immer wieder, nicht nur bei der Arbeit, sondern auch in anderen Lebenssituationen (z.B. Familie, Freunde, Freizeit) habe und schwer unter diesen leide, wobei es dadurch schon zu schwer ausgeprägten Problemen im Beruf und im zwischenmenschlichen Kontakt mit anderen Menschen gekommen sei. Auch die Fremdanamnese durch die Schwester bzw. der Kindheit, welche zwar betreffend Reliabilität aufgrund des geringen Altersunterschieds als vermindert eingeschätzt werden könne, enthalte einige Angaben, die für das Vorliegen einer ADHS in der Kindheit sprächen. Weiter ergäbe die Ein-

schätzung der gegenwärtigen ADHS-Symptomatik durch eine Kollegin, erhoben durch den CAARS-FB, dass die Symptomatik auch gegenwärtig noch bestehend sei, wobei diese insgesamt übereinstimmend sei mit den Ergebnissen der Selbsteinschätzung des CAARS-SB sowie der klinischen Einschätzung durch das WRI, in welchem die Beschwerdeführerin sechs von sieben erhobenen Kriterien erfülle. Insgesamt könne die Verdachtsdiagnose einer adulten ADHS, welche schon in der Kindheit bestanden habe, bestätigt werden.

3.1.3 Laut der Stellungnahme des Gutachters Dr. med. C. _____ vom 1. Februar 2024 (act. II 73) zum Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 22. Dezember 2023 (vgl. E. 3.1.2 hiavor) werde zu allen drei (Verdachts-)Diagnosen im Gutachten im Zusammenhang mit der Pathologie der Persönlichkeit, die im Fall der Beschwerdeführerin weitaus im Vordergrund stehe, differenziert Stellung genommen. Im Austrittsbericht werde hingegen keine der Diagnosen mit Bezug zu den jeweiligen Kriterien des Klassifikationssystems beschrieben bzw. erörtert. Einziger objektiver psychopathologischer Befund am 3. Juli 2023 sei "niedergeschlagen" gewesen, wobei die affektive Schwingungsfähigkeit ausdrücklich erhalten gewesen sei, was im Widerspruch zur Definition der Störung (Stimmung im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen) stehe und nicht kommentiert werde. Im Vordergrund stünden die auch im Gutachten erfassten und gewürdigten subjektiven Beschwerden (beispielsweise Aufmerksamkeit/Konzentration/Merkfähigkeit eingeschränkt, Gedankenkreisen/Grübeln, Angst, Anspannung, emotionale Instabilität, innerliche Leere, Antrieb reduziert, Schlafstörungen, Suizidgedanken). Allfällige Belege für eine aktuelle und/oder im Verlauf stattgefundene Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen würden im Bericht nicht diskutiert. Die Diagnose einer einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung werde im Bericht erstmals fachärztlich genannt. Die Gruppe von Störungen gemäss ICD-10 F90 (hyperkinetische Störungen, inkl. F90.0) sei charakterisiert durch einen frühen Beginn, meist in den ersten fünf bzw. zwölf Lebensjahren, einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, die kognitiven Einsatz verlangten und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln, ohne etwas zu Ende zu bringen; hinzu komme eine desorganisierte, mangelhaft regulierte und überschüssige Aktivität und Affektivität. Diesbezügliche Kommentare

blieben im Bericht allgemein und vage. Es werde weitgehend auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt (Selbstbeurteilungsfragebögen ADHS-SB und CAARS-SB). Angaben der Schwester würden "betreffend Reliabilität aufgrund des geringen Altersunterschieds als vermindert eingeschätzt." Weitere Angaben von Dritten seien der CAARS-FB einer Kollegin und das WRI. Objektive psychopathologische Auffälligkeiten, die allfällig einer hyperkinetischen Störung zugerechnet werden könnten (beispielsweise psychomotorisch unruhig/zappelig oder hektisch sein, wenig strukturiert/logorrhöisch berichten, immer wieder dazwischenreden, Sprachfluss schwer zu lenken), seien weder vor noch nach dem Einsatz der Medikamente dokumentiert. Die Störung habe sich anlässlich der Untersuchung vom 9. November 2023 nicht in objektivierbaren psychopathologischen Befunden gezeigt. Es seien im Falle der Beschwerdeführerin darüber hinaus die mit dieser Störung allfällig tatsächlich verbundenen Defizite nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausreichend von jenen durch ihre Persönlichkeitsstörung begründbaren Auffälligkeiten abzugrenzen. Beide Bereiche würden sich weitgehend überschneiden. Insofern sei dieses Störungsbild, wie im Gutachten erläutert, in der Pathologie der Persönlichkeit "aufgegangen".

3.1.4 In dem im Einwandverfahren (act. II 77 ff.) eingereichten Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste D._____ vom 6. Dezember 2023 (act. II 79/7 ff.) über die teilstationäre Behandlung vom 6. März bis zum 2. Mai 2023 wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1)
- Autismus-Spektrum-Störung (ASS; ICD-10 F84.4)

Es sei die Wiederaufnahme ins multimodale Therapieprogramm der Akut-tagesklinik erfolgt. Bei Eintritt habe psychopathologisch ein depressives Syndrom mit niedergeschlagenem Affekt, Anhedonie, Konzentrationsstörungen, Grübeln und Gedankenkreisen, gepaart mit intermittierenden Anspannungszuständen und sozialem Rückzug imponiert. Zudem hätten psychosoziale Belastungsfaktoren bestanden: Austritt Tagesklinik, Wechsel des Therapeuten und Bezugsperson im Wohnheim E._____, Beginn mit anschliessendem Abbruch IV-Aufbautraining.

3.1.5 Laut dem als "Stellungnahme Arbeitsfähigkeit" bezeichneten Schreiben der psychiatrischen Dienste D._____ vom 21. März 2024 (act. II 82/2 f.) imponierten bei der Beschwerdeführerin psychopathologisch ein niedergeschlagener Affekt, Anhedonie, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, Grübeln und Gedankenkreisen gepaart mit intermittierenden Stimmungsschwankungen, psychomotorischer Unruhe, Zukunftsängsten, dysthymer Stimmungslage und Störung der Vitalgefühle mit der Konsequenz einer raschen Überforderung bei anstehenden Aufgaben oder Belastungssituationen. Die Beschwerdeführerin habe grosse Schwierigkeiten damit, administrative Aufgaben zu erledigen und ihren Alltag selbst zu strukturieren, was zu Überforderungsgefühlen führe. Nach wie vor bereiten ihr schon kleinere Veränderungen der Lebensumstände grosse Schwierigkeiten und sie benötige eine lange Angewöhnungszeit.

In der Gesamtschau zeige sich trotz motivierter und regelmässiger Therapiebeteiligung am multidisziplinären Therapieprogramm ein langer und wechselhafter Krankheitsverlauf. Auch die bisherigen psychopharmakologischen Therapieversuche mit Antidepressiva und Mood Stabilizer hätten keine zufriedenstellende Stabilisierung herbeiführen können. Im vergangenen Jahr habe ein IV-Wiederaufbau nach nur kurzer Zeit abgebrochen werden müssen, womit die Beschwerdeführerin seit Eintritt in die Tagesklinik zu 100 % arbeitsunfähig sei, dies auch in einer angepassten Tätigkeit.

Aufgrund der Exazerbation des psychischen Zustandsbildes mit Durchschlafstörungen, erhöhter Reizbarkeit und verstärkter Depressions- und Angstsymptomatik sei aktuell erneut ein Wechsel ins teilstationäre Setting für die engmaschigere Behandlung der Beschwerdeführerin erfolgt.

3.1.6 Zu den Austrittsberichten vom 6. und vom 22. Dezember 2023 sowie zu der "Stellungnahme Arbeitsfähigkeit" der psychiatrischen Dienste D._____ vom 21. März 2024 und zur E-Mail vom 22. März 2024 (act. II 81), in welcher die Daten der stationären und teilstationären Aufenthalte aufgelistet wurden, nahm Dr. med. C._____ am 30. April 2024 Stellung (act. II 86.1).

Zum Austrittsbericht vom 6. Dezember 2023 führte er aus, es würden gemäss ICD-10 eine mittelgradige ("bis schwere") depressive Episode (bei

einer rezidivierenden Störung [ICD-10 F33.1]) und eine hyperkinetische Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien ("ASS" [ICD-10 F84.4]) attestiert. Zur Diagnose einer tiefgreifenden Entwicklungsstörung (Asperger-Syndrom [ICD-10 F84.5]) werde im Gutachten differenziert Stellung genommen. Es werde hingegen keine der Diagnosen mit Bezug zu den jeweiligen Kriterien des Klassifikationssystems beschrieben bzw. erörtert. Die Diagnose ICD-10 F84.4 fordere unter anderem einen IQ unter 50 (bei Erwachsenen mentales Alter von sechs bis unter neun Jahren), was im Fall der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt dokumentiert worden sei und auch anlässlich der Untersuchung vom 9. November 2023 eindeutig zu verneinen gewesen sei. Einzige objektive psychopathologische Befunde am 27. November 2023 (das Datum stehe im Widerspruch zum Behandlungszeitraum vom 6. März bis zum 2. Mai 2023) seien: schwer niedergeschlagen, leicht reduzierte Schwingungsfähigkeit. Im Vordergrund stünden die auch im Gutachten erfassten und gewürdigten subjektiven Beschwerden (beispielsweise Aufmerksamkeit/Konzentration/Merkfähigkeit eingeschränkt, Gedankenkreisen/Grübeln, Anspannung, emotionale Instabilität, Anhedonie, Antrieb reduziert, Schlafstörungen, Suizidgedanken). Im Verlauf habe sich das Befinden gebessert. Allfällige Belege für eine aktuelle und/oder im Verlauf stattgefundene Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen würden im Bericht nicht diskutiert.

Zum Austrittsbericht vom 22. Dezember 2023 verwies Dr. med. C._____ auf seine Stellungnahme vom 1. Februar 2024 und gab diese wortwörtlich wieder (vgl. E. 3.1.3 hiavor).

Zur "Stellungnahme Arbeitsfähigkeit" vom 21. März 2024 führte Dr. med. C._____ aus, eine Diagnose werde nicht formuliert. Objektive psychopathologische Befunde würden nicht ausgewiesen. Im Vordergrund stünden die auch im Gutachten erfassten und gewürdigten subjektiven Beschwerden (beispielsweise niedergeschlagener/dysthymischer Affekt, psychomotorische Unruhe, Reizbarkeit, Aufmerksamkeit/Konzentration eingeschränkt, Gedankenkreisen/Grübeln, emotionale Instabilität, Anhedonie, Angst, Schlafstörungen, Störung der Vitalgefühle). Eine Arbeitsunfähigkeit werde mit 100 % für jede Tätigkeit angenommen.

Zur E-Mail vom 22. März 2024 führt er aus, bei der Erstellung des Gutachtens sei bekannt gewesen, dass aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht relevante Behandlungsmassnahmen für die Jugend angegeben würden (2000/2001 stationär in der Kinder-/Jugendpsychiatrie der psychiatrischen Dienste D._____) und als vollstationäre (13. April bis 13. September 2022), seit 14. September 2022 als teilstationäre Therapie durch die psychiatrischen Dienste D._____ dokumentiert seien. Neu werde hierzu ergänzt, die Beschwerdeführerin sei zwischen dem 14. September 2022 und dem 22. März 2024 stets durch die Fachpersonen einer Tagesklinik behandelt worden, dies wechselweise in einem teilstationären bzw. rund neun Monate in einem ambulanten Setting. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit könne für die Zeiten teilstationärer Behandlungen in unterschiedlichem Ausmass aus therapeutischen Gründen angenommen werden. Dies könne jedoch aufgrund der vorliegenden Dokumente aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestätigt werden.

3.1.7 Der behandelnde Arzt Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 17. März 2025 (act. I 2) aus, die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung im psychiatrischen Gutachten könne nicht nachvollzogen werden, weil der Gutachter die von ihm aufgeführten spezifischen Subgruppen nicht lege artis nach den gebräuchlichen Diagnosesystemen ICD-10/ICD-11 oder DSM-5 nachgewiesen habe. Auffallenderweise habe der Gutachter die Persönlichkeitsstörungen aber über drei Cluster hinweg diagnostiziert (Cluster A paranoide, schizoide und schizotypische, Cluster B antisoziale, Borderline, histrionische und narzisstische und schliesslich Cluster C selbstunsichere, dependente und zwanghafte Persönlichkeitsstörung). Er habe also einen Grossteil aller Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert (ausser dependent und selbstunsicher, wobei er sogar eine "bedeutsame Vorgeschichte antisozialen Verhaltens" festgestellt habe), was auf eine Unsicherheit in Bezug auf das tatsächliche Störungsbild schliessen lasse, wobei festzuhalten sei, dass am ehesten die schizoide Persönlichkeitsstörung Ähnlichkeiten mit einer ASS habe und nicht die schizotypische, wie der Gutachter hingegen beschreibe.

Die Ursache der Persönlichkeitsstörung bei der Beschwerdeführerin spiele eine wichtige Rolle (Exposition gegenüber einer Reihe von Ereignissen extrem bedrohlicher und schrecklicher Art ohne sich dem entziehen zu können, in diesem Fall wiederholter schwerer sexueller und körperlicher Missbrauch in der Kindheit und Jugendzeit). Die diesbezügliche Fehlbeurteilung der Ursache führe zu einer falschen Diagnostik. Wie es auch in der Tagesklinik der psychiatrischen Dienste D._____ festgestellt worden sei, liege bei der Beschwerdeführerin eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach wiederholten Traumatisierungen vor, was gemäss ICD-11 einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (kPTBS) entspreche. Diese Diagnose sei leitliniengemäss mithilfe des Essener Trauma-Inventars (ETI) gestellt worden. Es seien zwischenmenschliche Probleme, eine affektive Dysregulation, ein negatives Selbstkonzept, Vermeidungsverhalten und eine Übererregung festgestellt worden. "Ausserdem gehört zum Gesamtstörungenbild eine ausgeprägte soweit mit unter anderem Kopfschmerzen, Übelkeit, Atemnot und körperlicher Starre und Phasen mit dem Gefühl von Zeitverlust und Desorientiertheit (im Rahmen von Dissoziationen)." Auch vom Gutachter würden die Dissoziationen beschrieben und in Zusammenhang mit histrionischen Persönlichkeitszügen gebracht. Diese seien allerdings weniger bei histrionischen Persönlichkeitsstörungen zu finden, sondern vielmehr bei Trauma-Folgeerkrankungen und bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Letztere könne bei der Beschwerdeführerin nicht diagnostiziert werden. Die Diagnose einer komplexen Traumafolgeerkrankung erkläre die auffällige Biografie der Beschwerdeführerin mit erheblichen Verwahrlosungstendenzen (was der Gutachter hingegen nicht so wahrnehme; er schreibe explizit, dass keine Verwahrlosung vorliege).

Es handle sich bei der Beschwerdeführerin um eine schwer traumatisierte Person, die aufgrund der Traumata eine Persönlichkeitsänderung mit den oben genannten Symptomen entwickelt habe und deswegen nicht arbeitsfähig sei und dies schon seit dem jungen Erwachsenenalter. Die chronifizierte und erheblich invalidisierende psychische Erkrankung führe bei der Beschwerdeführerin zu einer deutlichen Abnahme des psychosozialen Leistungsniveaus mit nicht nur der Folge einer dauerhaften Arbeitsunfähigkeit (auch im zweiten Arbeitsmarkt), sondern auch erheblicher Defizite in allen anderen sozialen Funktionsbereichen.

Das Symptombild werde vom Gutachter teilweise korrekt beschrieben, aber dann definitiv falsch eingeordnet. Mit der Diagnose einer komplexen Traumafolgestörung seien zumindest teilweise die Konzentrationsschwierigkeiten, der unstrukturierte Tagesablauf, die wiederholte Depressivität, die ausgeprägten Ängste und die schweren interaktionellen Probleme gut zu erklären. Neben der Diagnose der Traumafolgestörung könnten allerdings zudem eine rezidivierende Depression mit teils schwergradigem Ausmass, eine ADHS und eine ASS diagnostiziert werden.

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

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

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 151 V 244

E. 3.5 S. 248, 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C_260/2020 E. 2.2). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 27, 9C_672/2019 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 116, 8C_835/2018 E. 3).

3.3 Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2025 (act. II 96) massgeblich auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C._____ vom 26. Januar 2024 (act. II 71.1) gestützt. Zu den nach Erstattung des Gutachtens eingereichten medizinischen Berichten und erhobenen Einwänden (act. II 70/2 ff., 74 ff., 79/7 ff., 82/2 ff.) äusserte sich der Gutachter zudem in zwei Stellungnahmen vom 1. Februar (act. II 73) und vom 30. April 2024 (act. II 86.1). Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einer einlässlichen klinischen Exploration und wurde in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden erstattet. Es überzeugt inhaltlich, indem die darin enthaltenen Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilung der medizinischen Situation und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C._____ vom 26. Januar 2024 (act. II 71.1)

erfüllt die vorerwähnten höchstrichterlichen Anforderungen an eine beweiskräftige versicherungsexterne Expertise (vgl. E. 3.2 hiavor), so dass darauf abzustellen ist.

3.4 Gemäss dem psychiatrischen Gutachter liegen bei der Beschwerdeführerin durch die hereditäre Belastung mit psychischen Auffälligkeiten, Konflikten in der Herkunftsfamilie mit Platzierung der Beschwerdeführerin in Pflegefamilien, psychischer Dekompensation mit stationärer psychiatrischer Behandlung sowie dem Drogenkonsum schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung konstitutionelle Faktoren und soziale Erfahrungen vor, als Folge derer die Zustandsbilder und Verhaltensmuster der Persönlichkeitsstörung entstehen. Auch bestehen tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster (rezidivierende zwischenmenschliche Konflikte und interaktionelle Defizite, gescheiterte schulische, berufliche, partnerschaftliche und soziale Integration sowie Leben auf der Strasse und dem Wagenplatz), die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigen (act. II 71.1/32 Ziff. 6.3). Gestützt darauf und unter Berücksichtigung der ebenfalls aufgeführten Kriterien gemäss ICD-10 (S. 32 Ziff. 6.3) stellte der Gutachter nachvollziehbar und überzeugend die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (S. 30 Ziff. 6.3). Dabei hat die Differenzialtypologie, also die Frage nach der Untergruppe in der Kategorie "Persönlichkeitsstörung" (kombiniert oder "nur" autistisch/schizotyp, narzisstisch, emotional instabil, vermeidend o.ä.) gemäss dem Gutachter aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Auswirkung auf die Beurteilung des Einflusses der Störung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33 Ziff. 6.3; vgl. dazu auch Beschwerdeantwort S. 2 lit. C Ziff. 7). Damit ist nicht ersichtlich, inwiefern beim Gutachter eine Unsicherheit in Bezug auf das tatsächliche Störungsbild bestanden oder er die Subgruppen nicht lege artis nachgewiesen haben soll, wie vom behandelnden Arzt Dr. med. F. _____ vorgebracht wird (act. I 2/2).

Auch das Vorbringen des behandelnden Arztes, der Gutachter habe das Symptombild zwar teilweise korrekt beschrieben, dann aber falsch eingeordnet (act. I 2/4) und es sei eine kPTBS nach ICD-11 zu diagnostizieren (act. I 2/2 f.), vermag an der Einschätzung des Gutachters nichts zu ändern. So führte der behandelnde Arzt die weitgehend gleichen Befunde wie

der Gutachter auf, stellte gestützt darauf jedoch die Diagnose einer kPTBS. Wichtige, nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende, vom Gutachter unberücksichtigt gebliebene Aspekte bringt er hingegen nicht vor (act. I 2; E. 3.2 hiervor). Des Weiteren ist bei der Beweiswürdigung zu beachten, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte – wie hier – lege artis vorgegangen ist (Urteil des BGer 8C_424/2024 vom 6. Februar 2025 E. 5.3.2; vgl. dazu auch Beschwerdeantwort S. 2 f. Ziff. 8). Wie auch die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme vom 23. Juni 2025 festhielt (S. 3 [in den Gerichtsakten]), ist ohnehin nicht die Diagnose an sich, sondern die Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit massgeblich (vgl. hierzu E. 2.2 hiervor).

Eine depressive Episode gemäss ICD-10 liegt gemäss den schlüssigen Ausführungen des psychiatrischen Gutachters nicht vor (act. II 71.1/34 f. Ziff. 6.3). Er würdigte dabei die von den behandelnden Ärzten festgehaltenen Befunde (act. II 35/2, 44/2, 70/4) und kam zum nachvollziehbaren Schluss, dass objektive psychopathologische Befunde in den vorliegenden medizinischen Berichten nur spärlich vorhanden sind und die Diagnose von den behandelnden Ärzten nie mit Bezug zu den Kriterien der Definition des Klassifikationssystems beschrieben und/oder diskutiert wurde. Teilweise stehen die Angaben zu den objektiven psychopathologischen Befunden auch im Widerspruch zur Definition der Störung. So halten die behandelnden Ärzte fest, die affektive Schwingungsfähigkeit sei intakt (act. II 35/2, 44/2, 70/4), wohingegen gemäss der ICD-10 die Stimmung im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen sein muss (act. II 71.1/34 Ziff. 6.3). Auch zum in den Akten (act. II 35, 44, 70) und von der Beschwerdeführerin selbst beschriebenen rezidivierend ängstlich/phobisch-niedergeschlagenen Syndrom (act. II 71.1/25 Ziff. 6.1) nahm der Gutachter Stellung und legte überzeugend dar, dass dieses Syndrom allein eine depressive Episode gemäss ICD-10 nicht ausreichend begründe, sondern im Fall der Beschwerdeführerin Ausdruck ihrer Überforderung bei sozialen Belastungen aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale sei (S. 34 f. Ziff. 6.3).

Das Vorliegen einer ADHS schloss der psychiatrische Gutachter ebenfalls überzeugend aus, da bei der Beschwerdeführerin weder Angaben zu den die Störung charakterisierenden Faktoren (vgl. dazu act. II 73) vorlägen noch sich Angaben zu einer desorganisierten, mangelhaft regulierten und überschüssenden Aktivität fänden (act. II 71.1/35 Ziff. 6.3). Diesbezügliche Kommentare bleiben gemäss dem Gutachter im Bericht der psychiatrischen Dienste D. _____ vom 22. Dezember 2023 (act. II 70/2 ff.) allgemein und vage und es wird weitgehend auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestellt (act. II 73/2). Auch mit der von den behandelnden Ärzten diskutierten Diagnose einer ASS (ICD-10 84.4; act. II 79/7 ff.) und dem geäusserten Verdacht auf ein Asperger-Syndrom (act. II 35, 70/2 ff.) setzte sich der Gutachter eingehend sowie nachvollziehbar auseinander und schloss diese aus, da die Kriterien einer ASS gemäss ICD-10 nicht erfüllt seien (act. II 86.1/2) und das Störungsbild des Asperger-Syndroms in der Pathologie der Persönlichkeitsstörung "aufgegangen" sei (act. II 71.1/35 Ziff. 6.3).

Weiter legte der Gutachter dar, dass sich unter Berücksichtigung der vorliegenden Arztberichte, der in den Akten dokumentierten fremdanamnестischen Angaben und des Untersuchungsbefundes aus versicherungspsychiatrischer Sicht Belege für eine aktuelle und/oder im Verlauf stattgefundene Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen ergeben. Neben den Angaben der Beschwerdeführerin und der Verhaltensbeobachtung vom 9. November 2023 spricht laut dem Gutachter ebenso für eine Aggravation, dass das Antwortverhalten im Selbstbeurteilungsfragebogen SCL-90-S weniger moduliert gewesen ist. Auch das Ergebnis des MMPI-2-RF weist darauf hin, dass bei der Selbstbeurteilung der Beschwerdeführerin eine Übertreibung von Beschwerden zu beachten ist. Aus den Antworten im SRSI, welcher der Feststellung negativer Antwortverzerrungen in einer Untersuchung dient (act. 71.1/15 Ziff. 3.3), ergibt sich zudem der praktisch sichere Nachweis einer ungültigen Beschwerdeangabe (act. II 71.1/30 Ziff. 6.2). Weiter hat der Gutachter 20 Aspekte zur Einschätzung der Konsistenz bzw. Glaubhaftigkeit von Aussagen geprüft (act. II 71.1/27 ff. Ziff. 6.2). Im klinischen Persönlichkeitsfragebogen MMPI-2-RF gab die Beschwerdeführerin eine grosse Anzahl seltener sowie eine ungewöhnliche Kombination von Antworten an und äusserte eine ungewöhnliche Häufung

seltener körperlicher Beschwerden. Bei der Selbstbeurteilung ist gemäss dem Gutachter somit eine Übertreibung von Beschwerden zu beachten (beispielsweise körperliche und/oder kognitive Probleme, insbesondere Gedächtnisstörungen aber auch Denkstörungen; act. II 71.1/22 f. Ziff. 4.5). In der Folge hat der Gutachter die von der Beschwerdeführerin angegebenen subjektiven Einschränkungen bei der Beurteilung des Mini-ICF-APP ausgeklammert (act. II 71.1/43 Ziff. 7.2). Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt (vgl. Stellungnahme vom 23. Juni 2025 S. 3 ff. Ziff. 1 [in den Gerichtsakten]), überzeugt insbesondere deshalb nicht, weil diesem Testverfahren lediglich ergänzende Funktion zukommt und die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend ist (Urteile des BGer 8C_252/2025 vom 1. Dezember 2025 E. 5.5 und 8C_560/2023 vom 18. Januar 2024 E. 7.3). Im Vordergrund der (subjektiven) Beschwerden stand anlässlich der Untersuchung vom 9. November 2023 die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, sie leide an einer ADHS, einer Depression und eventuell an einer ASS. Diese Selbstbeurteilung verblieb jedoch vollständig im Subjektiven. Die Angaben zu den subjektiven Beschwerden und deren Entwicklung blieben allgemein, vage, oberflächlich und pauschal. Im Querschnitt zeigten sich gar keine bis sehr geringe objektivierbare psychopathologische Befunde (act. II 71.1/28 Ziff. 6.2). Die behandelnden Ärzte setzten sich nicht mit allfälligen Belegen für eine Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen auseinander (act. II 73/2) und auch die im vorliegenden Verfahren ins Recht gelegten Berichte äussern sich nicht dazu.

3.5 Zusammenfassend liegen keine konkreten Indizien vor, die gegen die Zuverlässigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C._____ (act. II 71.1) sprechen. Auch der mit Eingabe vom 7. Mai 2025 nachgereichte Bericht der psychiatrischen Dienste D._____ über die teilstationäre Behandlung vom 20. März 2024 bis zum 17. Januar 2025 (act. I 6) ändert daran nichts, werden darin doch einzig die Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin wiedergegeben und weder neue Befunde erhoben noch anderweitige Veränderungen dargestellt. Damit erweist sich der sinngemässe Einwand der unvollständigen und unrichtigen Abklärung des medizinischen Sachverhalts (vgl. Beschwerde) insgesamt als unbegründet und auf weitere Abklärungen ist in antizipierter Beweis-

würdigung zu verzichten (BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 262, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.6 Nach dem Dargelegten besteht bei der Beschwerdeführerin als Diagnose eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61.0), welche zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % in der zuletzt ausgeübten und 20 % in einer angepassten Tätigkeit führt (act. II 71.1/30 f. Ziff. 6.3 und act. II 71.1/44 ff. Ziff. 8.1 und 8.2). Diese vom Gutachter attestierte Arbeitsunfähigkeit hält offensichtlich einer Indikatorenprüfung (E. 2.2 hier vor) stand. Gestützt darauf ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.

4.1 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen 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).

4.1.1 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).

4.1.2 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^{bis} 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^{bis} Abs. 2 IVV).

4.1.3 Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität keine berufliche Ausbildung beginnen oder abschliessen, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. In Abweichung von dieser Bestimmung sind geschlechtsunabhängige Werte zu verwenden (Art. 26 Abs. 6 IVV). Die statistischen Werte nach Art. 25 Abs. 3 IVV sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV).

Sodann galt hinsichtlich des leidensbedingten Abzugs nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV bis 31. Dezember 2023 Folgendes: Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen. Soweit aufgrund der gegebenen Fallumstände, bei Beachtung von Art. 26 Abs. 2 und Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV sowie der nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV ärztlich festgelegten qualitativen und quantitativen Leistungsfähigkeit Bedarf an weitergehender Korrektur besteht, ist, was die zu berücksichtigenden Faktoren und deren Gewichtung beim leidensbedingten Abzug angeht, ergänzend auf die bisherigen Rechtsprechungsgrundsätze (vgl. BGE 148 V 174 E. 6.3 S. 182, 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2024 UV Nr. 14 S. 58, 8C_706/2022 E. 6.1.2, 2018 IV Nr. 46 S. 147, 8C_211/2018 E. 3.3)

zurückzugreifen (BGE 150 V 410 E. 10.6 S. 439). Seit 1. Januar 2024 lautet Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV sodann wie folgt: Vom statistisch bestimmten Wert nach Art. 26^{bis} Abs. 2 IVV werden 10 % abgezogen. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig.

4.2 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns massgeblich, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 150 V 67 E. 4.1 S. 69, 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222).

Die Beschwerdegegnerin hat den frühestmöglichen Rentenbeginn auf den 1. März 2023 festgesetzt (act. II 87, 96/7). Mit Blick auf die gemäss dem psychiatrischen Gutachten überwiegend wahrscheinlich seit dem Jahr 2000 ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit (act. II 71.1/44 ff. Ziff. 8.1 und 8.2), die Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom August 2022 (act. II 27) und die sechsmonatige Karenzfrist ist der frühestmögliche Rentenbeginn (Art. 28 Abs. 1 lit. b i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG) auf Februar 2023 festzusetzen. Auf diesen Zeitpunkt hin ist eine erste Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

5.

5.1 Die Beschwerdeführerin hat gesundheitsbedingt keine Ausbildung absolviert, weshalb das Valideneinkommen nach Art. 26 Abs. 6 IVV anhand geschlechtsunabhängiger statistischer Werte zu ermitteln ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich zutreffend auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total über alle Kompetenzniveaus und alle Wirtschaftszweige, geschlechtsunabhängige Werte (act. II 96/5; vgl. E. 4.1.3; Rz. 3330 des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]). Es sind jedoch immer die aktuellsten statistischen Daten beizuziehen. Gemeint sind damit die im Verfügungszeitpunkt bezogen auf den Zeitpunkt des Rentenbeginns aktuellsten veröffentlichten Daten (BGE 150 V 67 E. 4.2 S. 70). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin

rin am 13. Februar 2025 (act. II 96) verfügt und der frühestmögliche Rentenbeginn ist auf Februar 2023 (vgl. E. 4.2 hiavor) festzusetzen. Dementsprechend ist nicht die Tabelle aus dem Jahr 2020, sondern diejenige aus dem Jahr 2022 (veröffentlicht am 29. Mai 2024) zu verwenden. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total 2023) und indexiert auf das Jahr 2023 (BFS, Tabelle T1.20, Nominallohnindex 2021 - 2024, Ziff. 05-96, Total, Index Jahr 2022: 100.7 Punkte, Index Jahr 2023: 102.4 Punkte) ergibt sich ein Valideneinkommen von Fr. 82'815.-- ($[\text{Fr. } 6'510.-- / 40 \times 41.7 \times 12] / 100.7 \times 102.4$).

5.2 Da die Beschwerdeführerin keine Ausbildung hat und ihre medizinisch-theoretische Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, zog die Beschwerdegegnerin zur Ermittlung des Invalideneinkommens dieselbe Tabelle – jedoch den Totalwert des Kompetenzniveaus 1 – bei und passte das ermittelte Einkommen an die Restarbeitsfähigkeit von 80 % an (act. II 96/5). Dies ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wobei die Tabelle aus dem Jahr 2022 anzuwenden ist. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [BUA], Total 2023), indexiert auf das Jahr 2023 (BFS, Tabelle T1.20, Nominallohnindex 2021 - 2024, Ziff. 05-96, Total, Index Jahr 2022: 100.7 Punkte, Index Jahr 2023: 102.4 Punkte) und angepasst an die Restarbeitsfähigkeit von 80 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 50'060.-- ($[\text{Fr. } 4'919.-- / 40 \times 41.7 \times 12] / 100.7 \times 102.4 \text{ ./. } 20 \%$).

Ein Abzug nach Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV (in der bis zum 31. Dezember 2023 in Kraft gestandenen Fassung) ist nicht vorzunehmen. Hinweise auf einen Bedarf für eine weitergehende Korrektur (E. 4.1.3 hiavor; vgl. dazu auch act. II 95/3) ergeben sich keine und werden auch nicht geltend gemacht.

5.3 Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ein IV-Grad von gerundet (zur Rundung BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123) 40 % ($[\text{Fr. } 82'815.-- \text{ ./. } \text{Fr. } 50'060.--] / \text{Fr. } 82'815.-- \times 100 = 39.55 \%$). Damit besteht ab dem 1. Februar 2023 Anspruch auf eine Rente von 25 % einer ganzen Rente (Art. 28b Abs. 4 IVG).

5.4 Per 1. Januar 2024 ist vom ermittelten Invalideneinkommen (vgl. E. 5.2 hiervor) der Pauschalabzug gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vorzunehmen. Damit errechnet sich ein Invalideneinkommen von Fr. 45'054.-- (Fr. 50'060.-- ./ 10 %).

Aus der Gegenüberstellung der beiden Vergleichseinkommen resultiert ab dem 1. Januar 2024 ein IV-Grad von gerundet 46 % ($[(\text{Fr. } 82'815.-- \text{ ./ Fr. } 45'054.--)] / \text{Fr. } 82'815.-- \times 100 = 45.59 \%$). Damit besteht Anspruch auf eine Rente von 40 % einer ganzen Rente (Art. 28b Abs. 4 IVG).

6.

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 13. Februar 2025 (act. II 96) in teilweiser Guttheissung der Beschwerde insoweit aufzuheben bzw. abzuändern, als die Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2023 Anspruch auf eine Rente von 25 % einer ganzen Rente und ab dem 1. Januar 2024 Anspruch auf eine Rente von 40 % einer ganzen Rente hat. Soweit weitergehend ist die Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 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 Beschwerdeführerin obsiegt im vorliegenden Verfahren insoweit, als ihr ab dem 1. Februar 2023 eine Rente von 25 % einer ganzen Rente und ab dem 1. Januar 2024 eine Rente von 40 % einer ganzen Rente zugesprochen wird. Sie unterliegt insoweit, als sie nicht eine ganze Rente zugesprochen erhält. Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, sind bei diesem Ausgang des Verfahrens von den Parteien hälftig zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

7.2 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Angesichts ihres nur teilweisen Obsiegens ist der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen.

Die von Rechtsanwältin B. _____ eingereichte Kostennote vom 23. Juli 2025 ist nicht zu beanstanden. Sie macht Fr. 3'864.60 (Aufwand von 13.74 Stunden à Fr. 250.-- zuzüglich Auslagen von Fr. 140.-- und MWST von Fr. 289.60 [8.1 % von Fr. 3'575.--]) geltend. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin davon die Hälfte, ausmachend Fr. 1'932.30, zu bezahlen.

7.3 Das Verfahren betreffend das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist zufolge Rückzugs vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Bern vom 13. Februar 2025 insoweit abgeändert, als der Beschwerdeführerin ab dem 1. Februar 2023 eine Rente von 25 % einer ganzen Rente und ab dem 1. Januar 2024 eine Rente von 40 % einer ganzen Rente zugesprochen wird. Soweit weitergehend wird die Beschwerde abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis abgeschrieben.
3. Von den Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden Fr. 400.-- der Beschwerdeführerin und Fr. 400.-- der Beschwerdegegnerin zur Bezahlung auferlegt. Vom geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin nach Rechtskraft des Urteils Fr. 400.- zurückerstattet.

4. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 1'932.30 (inkl. Auslagen und MWST) zu bezahlen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.