

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 3. September 2026

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiberin Brunner

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. März 2026



Sachverhalt:

A.

Die 1977 geborene A. _____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) wurde im Mai 1992 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Bezug von IV-Leistungen für Minderjährige angemeldet (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 1.1 S. 44 ff.; vgl. zudem Anmeldung für die Zeit nach Eintritt der Volljährigkeit: act. 1.1 S. 12 ff.). Die Invalidenversicherung gewährte berufliche Massnahmen (act. II 1.1 S. 5 ff., S. 20 und S. 32 f.), unter anderem in Form einer erstmaligen beruflichen Ausbildung, welche jedoch aus nicht-behinderungsbedingten Gründen abgebrochen wurde (act. II 1.1 S. 2 und S. 4).

Auf entsprechendes Gesuch vom März 2011 (act. II 2) hin gewährte die IVB der Versicherten im Dezember 2011 Kostengutsprache für zwei Hörgeräte (act. II 14). Mit Mitteilung vom 8. Mai 2019 (act. II 76) erteilte die IVB nach entsprechendem Gesuch (act. II 58) erneut Kostengutsprache für eine beidseitige Hörgeräteversorgung.

B.

Im August 2017 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf Depressionen seit ca. 2013, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) seit dem 24. Oktober 2016, eine beidseitige Hypakusis seit Geburt sowie ein Granulom unklarer Genese am linken Unterschenkel, welches am 8. August 2016 entfernt worden sei, erneut bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 16). Nach diversen erwerblichen und medizinischen Abklärungen, inklusive Einholung eines bidisziplinären Gutachtens in den Fachgebieten Rheumatologie sowie Psychiatrie (act. II 60.1 ff.), und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 61, 67 ff., 73) verneinte die IVB mit Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) einen Anspruch auf Leistungen der IV mangels invalidisierenden Gesundheitsschadens. Diese Verfügung blieb unan-gefochten.

C.

Im Dezember 2023 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes abermals bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 88). Die IVB tätigte in der Folge wiederum erwerbliche und medizinische Abklärungen. Mit Vorbescheid vom 5. Dezember 2024 (act. II 135) respektive vom 13. Dezember 2024 (act. II 139) stellte sie mangels Revisionsgrunds die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV in Aussicht. Hiergegen erhob die Versicherte Einwand (act. II 138, 140, 142). In der Folge holte die IVB ein psychiatrisches (act. II 166.1) sowie neuropsychologisches (act. II 165.1) Gutachten ein. Weil die neuropsychologische Untersuchung zu keinen validen Ergebnissen führte, empfahl der psychiatrische Gutachter eine Wiederholung der Testung (act. II 166.1 S. 45 Ziff. 8.3). Die IVB ordnete daraufhin eine neuropsychologische Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) an (act. II 174 ff.). Mit Vorbescheid vom 25. November 2025 (act. II 177) stellte die IVB aufgrund fehlender Invalidität die Verneinung des Anspruchs auf Leistungen der IV in Aussicht. Nach dagegen erhobenem Einwand (act. II 184 f.) holte die IVB Stellungnahmen beim RAD ein (act. II 188, 190, 192) und verfügte am 13. März 2026 dem Vorbescheid entsprechend (act. II 193).

D.

Hiergegen erhob die Versicherte mit auf den 21. April 2026 datierter, am 23. April 2026 durch die behandelnde Psychiaterin überbrachter, Eingabe Beschwerde mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung der IVB vom 13. März 2026 sei aufzuheben.
2. Die Sache sei zur ergänzenden, umfassenden und rechtskonformen Abklärung sowie zu neuer Verfügung an die IVB zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zurückzuweisen. Insbesondere soll eine methodisch adäquate Beurteilung der Wechselwirkung der sensorischen und kognitiven Einschränkungen sowie der psychiatrischen Faktoren gemäss dem medizinischen Gutachten PD Dr. med. B. _____ und aktueller Leitlinien erfolgen.
3. Eventualiter sei festzustellen, dass eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist.

4. Subeventualiter sei die Arbeitsfähigkeit gestützt auf die vorhandenen medizinischen Befunde unter Berücksichtigung der festgestellten Einschränkungen neu zu beurteilen.
5. Es sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

Mit Beschwerdeantwort vom 22. Mai 2026 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit auf den 29. Mai 2026 datierter und von der behandelnden Psychiaterin gleichentags dem Gericht überbrachter unaufgefordert eingereichter Eingabe der Beschwerdeführerin nahm diese nochmals Stellung. Mit prozessleitender Verfügung vom 1. Juni 2026 wurde die Eingabe der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt.

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 grundsätzlich (vgl. jedoch E. 1.2 hiernach) einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. März 2026 (act. II 193). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der IV.

Soweit die Beschwerdeführerin eventualiter beantragt, es sei festzustellen, dass eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sei (Beschwerde S. 2 Ziff. I/3), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Feststellungsbegehren bedürfen eines ausgewiesenen aktuellen Feststellungsinteresses und sind gegenüber rechtsgestaltenden Begehren subsidiär und damit nur zulässig, wenn das schutzwürdige Interesse der das Begehren stellenden Partei im hängigen Verfahren nicht mit einem Leistungs- oder Gestaltungsbegehren gewahrt werden kann (vgl. SVR 2017 FZ Nr. 1 S. 1, 8C_438/2016 E. 2.1; MIRIAM LENDFERS, in: KIESER/KRADOLFER/LENDFERS [Hrsg.], Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 5. Aufl. 2024, Art. 59 N. 11; MARKUS MÜLLER, in: HERZOG/DAUM [Hrsg.], Kommentar zum bernischen VRPG, 2. Aufl. 2020, Art. 49 N. 72 ff.). Über die Frage, ob und wie weit die Beschwerdeführerin arbeitsfähig ist, muss indes im Rahmen der vorliegenden Leistungsstreitigkeit entschieden werden, ohne dass es der von der Beschwerdeführerin angestrebten formellen Feststellung bedürfte.

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.

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin eine Verletzung des rechtlichen Gehörs bzw. der Begründungspflicht geltend. Die Beschwerdegegnerin habe sich nicht hinlänglich mit den substantiierten Einwendungen auseinandergesetzt (Beschwerde S. 26 Ziff. III/5.6).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Die Begründungspflicht ist wesentlicher Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör im Sinne von Art. 29 Abs. 2 BV. Sie soll verhindern, dass sich die Behörde von unsachlichen Motiven leiten lässt, und den Betroffenen ermöglichen, die Verfügung gegebenenfalls sachgerecht anzufechten. Dies ist nur möglich, wenn sowohl die betroffene Person als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheids ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich die Behörde hat leiten lassen und auf welche sich ihre Verfügung stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sie sich ausdrücklich mit jeder tatbeständlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss. Vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 150 V 474 E. 4.1 S. 478, 136 I 229 E. 5.2 S. 236, 124 V 180 E. 1a S. 181; SVR 2022 IV Nr. 37 S. 121, 8C_572/2021 E. 5.1).

2.2 Die Beschwerdegegnerin nannte in der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2026 (act. II 193) die einschlägigen Rechtsnormen und die wesentlichen Überlegungen, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der IV besteht. Der Verfügung legte sie die Beurteilung des RAD bei. Damit kam die Beschwerdegegnerin ihrer Begründungspflicht hinlänglich nach. Im Übrigen war es der Beschwerdeführerin denn auch ohne weiteres möglich, gestützt auf die Ausführungen in der Verfügung eine ausführliche Beschwerde zu verfassen und ihren Standpunkt darzulegen (vgl. hierzu auch BGE 150 V 474 E. 4.1 S. 478). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt damit nicht vor.

3.

3.1 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 Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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)

3.2 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]).

3.2.1 Tritt die Verwaltung auf die Neuansmeldung 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; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C_104/2024 vom 22. Oktober 2024 E. 3.2, nicht publ. in: BGE 151 V 66, aber in: SVR 2025 IV Nr. 16 S. 59).

3.2.2 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, son-

dern 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 147 V 167 E. 4.1 S. 169, 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2025 IV Nr. 34 S. 129, 8C_235/2024 E. 4, 2021 IV Nr. 36 S. 109, 8C_280/2020 E. 3.1).

3.2.3 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).

3.2.4 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).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neu anmeldung vom Dezember 2023 (act. II 88) eingetreten. Damit ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu überprüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist in einem ersten Schritt durch Vergleich des Sachverhaltes im Zeitpunkt der leistungsverneinenden Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) mit demjenigen im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2026 (act. II 193) zu prüfen, ob eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen

eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad in anspruchsbegründender Weise zu beeinflussen (vgl. E. 3.2.2 hiavor).

4.2 In medizinischer Hinsicht präsentierte sich die Aktenlage im Zeitpunkt der Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) im Wesentlichen wie folgt:

4.2.1 Die behandelnde Dr. med. C._____, Praktische Ärztin sowie Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in ihrem Bericht vom 5. Oktober 2017 an die Unfallversicherung (act. II 37.16) die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ggw. ICD-10 F33.1) sowie einer PTBS (ICD-10 F43.1). Es bestünden Stimmungsschwankungen, eine vermehrte Reizbarkeit, eine innere Unruhe, Gedankenkreisen, Konzentrationsstörungen, Gesundheitsängste, ein Vermeidungsverhalten, auffällige Beziehungsmuster sowie ein unkontrolliertes Essverhalten. Ausserdem seien die Energie sowie der Antrieb vermindert und die Schlafqualität beeinträchtigt (häufiges nächtliches Erwachen, Alpträume, Ängste und Panikattacken). Aktuell sei die Beschwerdeführerin 50 % arbeitsunfähig (S. 1). Die Frage hinsichtlich des Zusammenhangs zum Unfallgeschehen vom 25. Oktober 2016 (Auffahrunfall mit HWS-Distorsion; vgl. act. II 20.62) sei schwierig zu beantworten. Einerseits könne keine abschliessende Traumabehandlung durchgeführt werden, andererseits seien wichtige neue Belastungen hinzugekommen. Ob diese Belastungen ohne das Unfallereignis ebenso schwerwiegende Folgen gehabt hätten, könne nicht abschliessend beurteilt werden (act. II 37.16 S. 2).

4.2.2 Im Bericht vom 19. November 2017 (act. II 30 S. 2 ff.) führte der Hausarzt Dr. med. D._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, aus, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine Angststörung sowie ein St. n. [HWS-] Distorsion im Oktober 2016 (S. 1 Ziff. 1.1). Subjektiv ständen die psychiatrische Symptomatik und immer wieder auch Schmerzen des Bewegungsapparates im Vordergrund. Seit der HWS-Distorsion bestünden häufig auch Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen. Relevante objektive Befunde bestünden nicht (S. 3 Ziff. 1.4). Die Auswirkungen der Einschränkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien unklar (S. 4 Ziff. 1.7). Durch eine psychiatrische Behandlung liessen sich die Einschränkungen vermindern (S. 4 Ziff. 1.8).

4.2.3 Dr. med. E. _____, Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 15. Februar 2017 (act. II 30 S. 7 f.) aus, gemäss Vordokumentation sowie den aktuellen Schilderungen habe die Beschwerdeführerin am 25. Oktober 2016 eine HWS-Distorsion erlitten. Aufgrund der gegenwärtig vorliegenden Befunde und unauffälligem MRI sei die Distorsion der Klassifikation QTF II zuzuordnen. Ein organisches Korrelat für die geklagten multiformen Beschwerden habe in der aktuellen neurologischen Untersuchung bei weicher Nackenmuskulatur und uneingeschränkter Beweglichkeit nicht gefunden werden können. Bei der Untersuchung habe die Beschwerdeführerin Gefühlsstörungen des linken Fusses angegeben, die sie bisher noch nicht bemerkt habe. Leider habe deswegen die SEP-Untersuchung auf Wunsch der Beschwerdeführerin abgebrochen werden müssen. Der weitere Verlauf sei zu beobachten. Die angegebenen Störungen machten einen nicht-organischen Eindruck (S. 8).

4.2.4 Im bidisziplinären Gutachten vom 26. Februar 2019 (act. II 60.1 ff.) stellten der rheumatologische sowie psychiatrische Experte in ihrer Konsensbeurteilung keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie folgende Diagnosen (S. 1 f.):

- Status nach Heckkollision am 25. Oktober 2016
- Anamnestisch rezidivierende Nacken-/Schultergürtelschmerzen
- Anamnestisch Status nach Hepatitis B, normale Lebertransaminasen
- Status nach Extension eines Unterschenkelgranuloms links
- Anamnestisch Hypakusis (problemlose Kommunikation auch ohne Hörgeräte)
- Depressive Episode, ggw. remittiert (ICD-10 F32.4)

Aus rheumatologischer Sicht bestehe höchstens eine leichtgradige funktionelle Einschränkung hinsichtlich lang dauernder ungünstiger Haltung des Kopfes. Sowohl in ihrer letzten, allerdings nur sehr kurz ausgeführten Tätigkeit als ..., wie auch in der vorletzten Stelle als ... sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. In diesen Tätigkeiten sei ihr eine vollzeitliche Tätigkeit ohne zusätzliche Leistungseinschränkungen zumutbar. Aus rheumatologischer Sicht sei sie für jegliche körperliche leichte und mittelschwere Tätigkeit 100 % arbeitsfähig. Körperlich schwere Tätigkeiten seien der 1.57 m grossen Beschwerdeführerin konstitutionell nicht zumutbar (act. II 60.1 S. 2, 60.2 S. 13 Ziff. 7.4 und Ziff. 8.1 f.). Der psychiatrische Experte führte aus, die Mit-

wirkung der Beschwerdeführerin in der Untersuchung sei signifikant limitiert. In der Situation der für sie unschwer erkennbaren expliziten Leistungsprüfung der kognitiv-mnestischen Fähigkeiten sei deutlich zum Vorschein gekommen, dass sie insbesondere in puncto Leistungsmotivation deutlich Abweichungen von der Mehrheit des Explorandenkollektivs präsentiere. Ihre Schilderungen seien merklich defizitorientiert, jedoch nur stark eingeschränkt präzisierbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe in der Untersuchung durchgehend stark demonstrativ bis hin zur ausgeprägten Theatralik imponiert (act. II 60.3 S. 11 Ziff. 4.1). Aus psychiatrischer Sicht sei sie – mit Ausnahme während maximal vier Monaten im Jahr 2016 – in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 17 f. Ziff. 8).

4.3 Seit Erlass der Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

4.3.1 Dr. med. E. _____ diagnostizierte im Bericht vom 6. September 2023 (act. II 102) einen phobischen Schwindel, eine Presbyopie sowie als Zufallsbefund ein kleines Tentoriummeningeom rechts (MRI 07/2023; S. 9). Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Sehstörungen entsprächen einer Presbyopie. Für eine neurologische Verursachung gebe es sonst anamnestisch und klinisch keine Anhaltspunkte. Es bestehe auch kein Zusammenhang mit dem kleinen Zufallsbefund eines Tentoriummeningeoms rechts. Der geschilderte Schwindel entspreche einem typischen phobischen Schwindel. Weder im klinischen Befund noch dem MRI bestünden Anhaltspunkte für eine sonstige Genese. Das im aktuellen MRI-Befund beschriebene kleine Tentoriummeningeom sei sicherlich asymptomatisch (S. 10).

4.3.2 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. D. _____ führte im Bericht vom 5. Januar 2023 (recte 2024; act. II 102 S. 1 ff.) aus, bei Adipositas und rechtsseitigen Schulterproblemen bestehe eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit (S. 5 Ziff. 3.4). Im Vordergrund stünden immer wieder Angst, depressive Symptome, psychosomatische Beschwerden sowie eine psychosozial belastete Situation (S. 3 Ziff. 2.2). Entscheidend sei eine psychiatrische Beurteilung. Soweit ihm bekannt sei, habe die Beschwerdeführerin immer Teilzeit gearbeitet. Ob ein volles Pensum möglich wäre, sei schwierig zu beurteilen (S. 6).

4.3.3 Im Bericht vom 17. September 2024 (act. II 128) diagnostizierte Dr. med. C._____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.11), eine generalisierte Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F41.1), eine Minderbegabung (IQ 65; ICD-10 F70.9), ein Long-COVID mit Erschöpfung, Schlafstörungen und Konzentrationsstörungen (ICD-10 U09.9), chronische Schulter- und Armschmerzen (ICD-10 M75.1), ein Karpaltunnelsyndrom beidseits sowie eine Stress[urin]inkontinenz. Die Beschwerdeführerin werde regelmässig psychotherapeutisch betreut und erhalte medikamentöse Unterstützung. Aufgrund ihrer Minderbegabung sei ihre Fähigkeit, komplexe Anweisungen zu verstehen oder langfristige therapeutische Fortschritte zu erzielen, eingeschränkt. Die Long-COVID-Symptome erforderten regelmässige Pausen und führten zu anhaltender Erschöpfung (S. 3). Die Langzeitprognose sei ungünstig. Aufgrund der anhaltenden kognitiven und physischen Einschränkungen, einschliesslich der kardiorespiratorischen Beeinträchtigungen, sei nicht davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in absehbarer Zeit eine berufliche Wiedereingliederung schaffen könne. Ihre Einschränkungen in den Bereichen Konzentration, Gedächtnis und Belastbarkeit liessen eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht zu. Eine längerfristige Arbeitsfähigkeit von über 50 % sei weder mit therapeutischen noch mit integrativen Massnahmen zu erreichen. Es werde vielmehr empfohlen, das Arbeitspensum auf 40 % zu reduzieren. Bei chronischer Überforderung sei eine Zunahme der Invalidität zu befürchten (S. 4).

4.3.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie Hämatologie, führte in ihrer versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 2. Dezember 2024 (act. II 134) aus, seit der Begutachtung im Oktober 2018 liessen sich keine klaren neuen Diagnosen und Befunde mit entsprechend signifikantem Einfluss auf das damals formulierte Leistungsprofil objektivieren. Von psychiatrischer Seite her werde neben den vorbekannten und im Gutachten diskutierten Diagnosen Depression, Angst, kPTBS, welche bereits damals nicht objektivierbar gewesen seien, als hauptsächliche neue Diagnose ein seit 2022 bestehendes angebliches Post-COVID-Syndrom angegeben, welches jedoch mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit vorliege. Neue somatische einschränkende gesundheitliche Probleme fänden sich im Vergleich zum Gutachten nicht. Es seien zwar

neue Diagnosen gestellt worden. Viele davon seien jedoch lediglich vorübergehend oder zumindest mit vorübergehendem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewesen (wie Labrumläsion und spinoglenoidale Zyste mit Operation im Mai 2020, Bursitis subacromialis 2022, Stressurininkontinenz mit Operation im April 2023), hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (wie phobischer Schwindel, Presbyopie, kleines Tentoriummeningeom) oder seien nicht gesichert (wie z. B. Karpaltunnelsyndrom bds. und v.a. ein angeblich limitierendes Post-COVID-Syndrom, leichte Adipositas). Dass seitens Somatik keine signifikante Limitierung vorliege, werde auch dahingehend bestätigt, dass der Hausarzt – als einziger aktuell behandelnder somatischer Arzt, welcher die Beschwerdeführerin seit 2022 regelmässig betreut habe – im Arztbericht angegeben habe, im Vordergrund stünden die psychischen Probleme. Sodann würden seitens der Beschwerdeführerin keine somatischen Probleme als Begründung für die erneute IV-Anmeldung vorgebracht. Damit verbleibe als einzige somatische Diagnose mit – rein qualitativem – Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die mittelgradige rechtsbetonte Perzeptionsschwerhörigkeit, welche bereits seit 2011 bekannt sei und sich nicht verschlechtert habe (act. II 134 S. 11 f.).

4.3.5 Dr. med. D._____ führte im Bericht vom 12. Dezember 2024 (act. II 141 S. 1) aus, aus hausärztlicher Sicht sei in erster Linie aus psychischen Gründen, aber auch wegen diverser körperlicher Beschwerden und allgemeiner ausgeprägter Adynamie/Erschöpfung eine erneute IV-Abklärung indiziert.

4.3.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. G._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrer Beurteilung vom 10. Januar 2025 (act. II 146) aus, der letzte psychiatrische Arztbericht vom 17. September 2024 (vgl. act. II 128) weise gewisse Inkonsistenzen auf. Die gestellten Diagnosen und beschriebenen Beeinträchtigungen seien anhand der beschriebenen Befunde kaum nachvollziehbar. Neu aufgelistet werde jedoch eine Minderbegabung mit einem IQ von 65. Den diversen Berichten aus den 1990er Jahren seien eine insgesamt schwierige schulische Laufbahn, zuletzt Kleinklasse, wenig Förderung durch die Eltern und letztlich der festgestellte IQ von 65 zu entnehmen. Ein vergleichsweise niedriger IQ respektive eine intellektuelle Minderbegabung habe im Gutachten aus dem Jahr

2019 (vgl. act. II 60.1 ff.) keine Erwähnung gefunden. Es werde eine psychiatrische Begutachtung inkl. neuropsychologischer Zusatzuntersuchung empfohlen (act. II 146 S. 10).

4.3.7 Im psychiatrischen Gutachten vom 5. Juni 2025 (act. II 166.1 ff.) stellte PD Dr. med. B._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen (S. 42 Ziff. 6.3):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Verdacht auf Lernbehinderung/leichte Intelligenzminderung
2. Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
2. Spezifische Phobien vor Blut bei anderen Personen und Höhenangst (ICD-10 F40.2)
3. Tabakabhängigkeit (ICD-10 F17.2)

Im neuropsychologischen Zusatzgutachten führte lic. phil. H._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, aus, die Beschwerdeführerin habe eine unplausible und logisch inkonsistente Symptomproduktion gezeigt. Darauf wiesen unter anderem auffällige Leistungen in fünf Performanzvalidierungsverfahren hin. Vor dem Hintergrund, dass sie alleinerziehende Mutter sei und ausserdem in einem Teilpensum einer Arbeitstätigkeit nachgehe, sei zudem der von ihr gezeigte sehr deutlich ausgeprägte Schweregrad von Beeinträchtigungen in sämtlichen erfassten kognitiven Bereichen nicht nachvollziehbar. Die Testwerte seien damit als ungültig zu betrachten. Es liessen sich somit keine gültigen Aussagen über die tatsächliche kognitive Leistungsfähigkeit ableiten. Als Ursache der neuropsychologisch unplausiblen und logisch inkonsistenten Symptomproduktion komme in erster Linie eine Aggravation oder Simulation kognitiver Beeinträchtigungen in Frage. Eine Reihe an Informationen deuteten jedoch darauf hin, dass die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin eingeschränkt sei, das genaue Ausmass könne jedoch nicht bestimmt werden. Sodann seien die Folgen einer ungünstigen Bildungslaufbahn nicht von anderen Faktoren zu unterscheiden (act. II 165.1 S. 12 f. Ziff. 7).

Der psychiatrische Gutachter führte basierend auf seiner eigenen Untersuchung und dem neuropsychologischen Gutachten aus, die im neu psycho-

logischen Zusatzgutachten beschriebenen Auffälligkeiten, inklusive diverser Performanzvalidierungstests, könnten auch aus psychiatrischer Sicht nicht anders interpretiert werden, als es durch den neuropsychologischen Gutachter geschehen sei. Er stimme jedoch dem neuropsychologischen Gutachter zu, dass trotz nicht validierbarer Ergebnisse die Anamnese bis in die Kindheit auf schon immer bestehende kognitive Einschränkungen hinweise. Allerdings habe das tatsächliche Ausmass aufgrund der Auffälligkeiten in der Testung nicht objektiv erfasst werden können und bleibe somit unklar. In der psychiatrischen Begutachtung habe die Beschwerdeführerin keinerlei dramatisierende oder theatralische Darstellungsweise ihrer Beschwerden gezeigt. Anlässlich der Begutachtung habe sie keine wesentlichen depressiven Symptome geltend gemacht und solche hätten sich auch klinisch nicht gezeigt. Die Angstsymptomatik habe objektiviert werden können. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Einschränkungen im Alltag und im Berufsleben hätten sich allerdings nur zu einem kleinen Teil auf die Angsterkrankung bezogen. Der wesentliche Teil der von ihr geltend gemachten Einschränkungen habe sich auf ihre körperlichen Beeinträchtigungen bezogen (rechte Schulter, rechter Fuss und Hüfte). Zudem mache sie eine stärkere Erschöpfbarkeit, insbesondere seit der COVID-Erkrankung im Jahr 2022, geltend, die seither konstant vorhanden und weder besser noch schlechter geworden sei. In der Begutachtung habe hingegen erst gegen Ende eine leichte Erschöpfung objektiviert werden können, welche als im normalen Rahmen angesehen werden müsse (act. II 166.1 S. 35 ff. Ziff. 6.2).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte PD Dr. med. B. _____ aus, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei zwar wahrscheinlich, könne jedoch aufgrund der nicht glaubhaften Ergebnisse in der neuropsychologischen Zusatzbegutachtung nicht quantifiziert werden. Da dies aber den wesentlichen Faktor für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit darstelle, könne das Ausmass der Einschränkung nicht gesichert ermittelt werden. Die ebenfalls bestehende Angsterkrankung mit aktuell leichter Ausprägung würde ohne kognitive Einschränkungen maximal zu Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit von 10 % bis 20 % führen. Durch die negative Wechselwirkung mit einer kognitiven Einschränkung könnte das Einschränkungspotential deutlich grösser sein. Diese Wechselwirkung

könne jedoch nur mit detaillierten Erkenntnissen über die kognitive Einschränkung beantwortet werden. Somit sei die Arbeitsfähigkeit weder in der angestammten noch einer angepassten Tätigkeit sicher beurteilbar (S. 44 Ziff. 8.1 f.).

Hinsichtlich der Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) bzw. dem Gutachten vom 26. Februar 2019 (act. II 60.1 ff.) wesentlich geändert habe, führte PD Dr. med. B. _____ aus, nach den damals geschilderten Befunden zu urteilen, erscheine rückwirkend ein ausgeprägtes depressives Syndrom eher unwahrscheinlich. Allerdings habe bereits damals eine Angstsymptomatik bestanden, die vom damaligen Gutachter nicht gewürdigt und entsprechend nicht diagnostiziert worden sei. Da dies damals nicht im Detail exploriert worden sei, sei ein Vergleich mit dem heutigen Zustand kaum möglich. Die Beschwerdeführerin beschreibe eine leichte Verschlechterung in der Angstsymptomatik, nachdem sie die Medikation gewechselt habe. Sodann sei im damaligen Gutachten die deutliche kognitive Einschränkung nicht beachtet worden. Stattdessen seien akzentuierte Persönlichkeitszüge ohne Krankheitswert attestiert worden. Diese seien jedoch der kognitiven Einschränkung zuzuschreiben und keine Auffälligkeit in der Persönlichkeit. Es müsse von einer kognitiven Einschränkung seit Geburt ausgegangen werden, was deutlich in der psychiatrischen und persönlichen Vorgeschichte zu finden sei. In Bezug auf die kognitive Einschränkung sei das damalige Gutachten unzulänglich. Da die kognitive Einschränkung, die seit Geburt angenommen werden müsse, damals nicht testdiagnostisch abgeklärt worden sei, sei kein Vergleich mit dem Ausmass der heutigen kognitiven Einschränkung möglich, selbst wenn die aktuelle neuropsychologische Testung verwertbar gewesen wäre. Insofern könne rückwirkend nicht mehr differenziert werden, ob sich die seit Geburt anzunehmende kognitive Einschränkung im Verlauf der Erkrankung seit 2019 zusätzlich verschlechtert habe, wie es von der Beschwerdeführerin und der behandelnden Psychiaterin nach der COVID-Erkrankung im Jahr 2022 postuliert werde (act. II 166.1 S. 45 f. Ziff. 8.4).

4.3.8 Aufgrund der als nicht valide beurteilten neuropsychologischen Testergebnisse (vgl. hierzu act. II 165.1) erfolgte wie vom Gutachter emp-

fohlen (act. II 166.1 S. 45 Ziff. 8.3) eine weitere neuropsychologische Abklärung. Dr. phil. I._____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP beim RAD, führte im Bericht vom 7. November 2025 (act. II 174) aus, die Ergebnisse der psychometrischen Performanzvalidierung, in welcher in sechs von sechs Performanzvalidierungsverfahren unplausible und inkonsistente Ergebnisse resultiert hätten, liefere deutliche Belege für entsprechende Widersprüche und Inkonsistenzen im Testverhalten der Beschwerdeführerin. Basierend darauf müssten sämtliche erbrachten Testleistungen mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit als nicht valide beurteilt werden. Dabei spiele es aus neuropsychologischer Perspektive keine Rolle, was die Ursache bzw. Motivation dieses unplausiblen Testverhaltens gewesen sei und ob es bewusst oder unbewusst geschehen sei. Entscheidend sei einzig, dass die erhobenen Befunde nicht als gültig und aussagekräftig beurteilt werden könnten. Die Befunde könnten und dürften nicht als Ausdruck einer authentischen, kognitiven oder zerebralen Minderfunktion interpretiert werden. Somit habe sich in der Verlaufsuntersuchung das Ergebnis des neuropsychologischen Gutachtens bestätigt, weshalb auf die dortigen Schlussfolgerungen abgestellt werden könne. Trotz der nicht validen Testbefunde sei kaum zu bezweifeln, dass die Beschwerdeführerin seit jeher über bescheidene kognitive und intellektuelle Ressourcen verfüge. Nichtsdestotrotz sei es ihr jedoch möglich gewesen, einfache Tätigkeiten auszuführen (S. 8 Ziff. 7).

4.3.9 In der Stellungnahme vom 24. Dezember 2025 zu den neuropsychologischen Testungen (act. II 185) machte die behandelnde Psychiaterin, Dr. med. C._____, geltend, die nachweislich bestehenden Vorbedingungen seien nicht angemessen berücksichtigt und die Wechselwirkung zwischen den neuropsychologischen und klinischen Einschränkungen nicht ausreichend gewürdigt worden. Performanzvalidierungsskalen seien nicht als binäre Ausschlusskriterien zu verstehen, sondern müssten stets im funktionellen und klinischen Gesamtzusammenhang interpretiert werden, insbesondere bei Personen mit geringer Schulbildung, sensorischen Einschränkungen, Angststörungen und verminderter Stressresistenz (S. 1 f. Ziff. 1). Bei der Beschwerdeführerin lägen seit Jahren konsistent dokumentierte Voraussetzungen (geringe Schulbildung, eingeschränktes Verständnis schriftlicher Instruktionen, Schwerhörigkeit, deutlich verlangsamte Vera-

arbeitungsgeschwindigkeit, ausgeprägte Stress- und Angstanfälligkeit mit Panikreaktionen, rasche mentale Überforderung, aversive Reaktion auf zahlenbasierte Aufgaben) vor, welche die Performanz in neuropsychologischen Tests systematisch beeinflussten respektive dafür bekannt seien, Performanzvalidierungsverfahren in Richtung auffälliger Resultate zu verzerren, ohne dass daraus auf mangelnde Leistungsbereitschaft oder Aggravation geschlossen werden dürfe. Anlässlich der RAD-Untersuchung habe sich über sämtliche Testverfahren hinweg ein homogen vermindertes Leistungsprofil mit Schwerpunkt in der Verarbeitungsgeschwindigkeit, der Aufmerksamkeit, dem Arbeitsgedächtnis, der verbalen und figuralen Gedächtnisleistung, der exekutiven Funktionen sowie der Abrufstrategien gezeigt. Die Leistungen lägen im Mittel etwa einen Wertpunkt unter dem für Personen mit geringer Schulbildung erhobenen Bereich, was angesichts der zusätzlichen Belastungsfaktoren plausibel sei. Extrem unplausibel wäre demgegenüber, dass eine bildungsferne Person mit Aggravationsneigung eine derart konsistente und logisch aufgebaute Minderleistung über zahlreiche unterschiedliche Verfahren hinweg zeigen würde. Sodann seien die neuropsychologischen Befunde mit dem psychiatrischen Befund vollständig kongruent und verstärkten dessen funktionelle Auswirkungen. Die Performanzvalidierungstests seien in diesem Fall nicht geeignet, um auf mangelnde Leistungsbereitschaft zu schliessen. Vielmehr bildeten sie die real bestehenden Einschränkungen der Beschwerdeführerin ab. Die neuropsychologischen Defizite und deren Wechselwirkung mit der Angststörung führten zu einer klaren Einschränkung der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit (S. 4 f. Ziff. 4).

4.3.10 In der Stellungnahme zum Bericht der Dr. med. C. _____ (vgl. act. II 185) vom 6. März 2026 (act. II 190) legte Dr. phil. I. _____ dar, es sei richtig, dass ein niedriger IQ und/oder bestimmte Psychopathologien das Risiko einer falsch-positiven Performanzvalidierung erhöhen könnten. Dies stelle eine Performanzvalidierung bei Personen mit den genannten Problemfeldern jedoch nicht prinzipiell infrage. Studien hätten gezeigt, dass die Performanzvalidierungstests bei geringem IQ nicht per se ungeeignet seien oder nicht valide durchführbar wären. Es bedürfe jedoch einer entsprechenden Berücksichtigung der potentiellen Problemfelder bei der Analyse und Interpretation der Ergebnisse. Vorliegend seien ein tiefer IQ,

Angst, Stress oder eine Depression keine hinreichenden Erklärungen für das Ausmass der auffälligen Ergebnisse. So habe die Beschwerdeführerin teilweise Werte erzielt, die derart niedrig seien, dass sie selbst bei Patienten mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung äusserst ungewöhnlich wären respektive mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht durch einen IQ von 65 erklärt werden könnten. Sodann seien diese Ergebnisse nicht mit den Alltagskompetenzen vereinbar. Die Beschwerdeführerin habe ihre Tochter als alleinerziehende Mutter grossgezogen und nebenbei auch in längeren Anstellungen gearbeitet. Die Beschwerdeführerin erledige ihre Rechnungen selbstständig mittels E-Banking und sei in der Lage, ihr Smartphone und dessen Apps selbst zu bedienen. Dies zeige, dass die praktischen kognitiven Fähigkeiten der Beschwerdeführerin deutlich über dem lägen, was die Testergebnisse nahelegten oder als plausibel erscheinen liessen. Diese Diskrepanz zwischen Alltagsfunktion und Testleistung sei ein klassisches Zeichen für invalide Testperformanz. Auch Angst, Stress, Nervosität oder eine Depression könnten die vorliegenden Befunde nicht hinreichend erklären. Während psychiatrische Symptome die neuropsychologische Testleistung beeinflussen könnten, zeigten Studien, dass die Leistungen in den Performanzvalidierungstests dadurch nur minimal beeinträchtigt seien. Hinzu komme, dass während der RAD-Untersuchung weder in der klinischen Beobachtung noch im klinischen Empfinden derart ausgeprägte Symptome oder Wahrnehmungen von Angst, Stress oder Depression erkennbar oder wahrnehmbar gewesen wären, die eine valide Testdurchführung hätten infrage stellen oder ein derart hohes Ausmass an Leistungseinbusse erklären können. Schliesslich könne ausgeschlossen werden, dass aufgrund der Schwerhörigkeit die jeweiligen Instruktionen nicht verstanden worden seien, da das Instruktionsverständnis bei jedem Testverfahren sichergestellt worden sei (S. 5 ff.).

Es sei klarzustellen, dass nicht behauptet werde, die Beschwerdeführerin habe keinerlei kognitive Beeinträchtigungen. Im Gegenteil werde attestiert, dass sie seit jeher über bescheidene kognitive und intellektuelle Ressourcen verfüge. Wegen der nachweisbar nicht ausreichenden Validität hätten jedoch keine aussagekräftige Testbefunde erhoben werden können. Eine verlässliche Qualifizierung der allfälligen kognitiven Beeinträchtigungen sei nicht möglich gewesen (S. 7).

4.3.11 In der im vorliegenden Beschwerdeverfahren aufgelegten "Persönliche und medizinische Stellungnahme" vom 21. April 2026 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) führte Dr. med. C. _____ aus, sie begleite die Beschwerdeführerin seit dem 26. März 2015 als niedergelassene Psychiaterin. Im Vordergrund ihrer Beschwerden seien zunächst eine Depression, Angst, Panikattacken und eine verminderte Stressresistenz gestanden. Im weiteren Verlauf seien Gedächtnisprobleme und rasches Ermüden hinzugekommen. Persönlich hätte sie die Beschwerden der Beschwerdeführerin teilweise anders konzeptualisiert als dies PD Dr. med. B. _____ in seinem Gutachten gemacht habe. Dies liege unter anderem daran, dass sie zusätzlich auf DSM-5 und ICD-11 zurückgegriffen hätte. Im Rahmen der ICD-10 habe er jedoch recht. Sie müsse ausdrücklich anerkennen, dass sein Gutachten sauber zwischen Beobachtungen und Interpretationen trenne und dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik entspreche. Dies betreffe auch den Umgang mit der Intelligenzminderung. Gemäss der AWMF-Leitlinie zur Intelligenzminderung müsse die Diagnostik mehrdimensional erfolgen und das Unterstützungsnetz der betroffenen Person ausdrücklich mitberücksichtigt werden, weil die alltagspraktische Selbstständigkeit wesentlich davon abhängen, welche Hilfe zur Verfügung stehe und wie weit diese Hilfen kompensatorisch wirkten.

Zu ihrem Erstaunen habe sie feststellen müssen, dass sie eine der wichtigsten Unterstützungspersonen der Beschwerdeführerin sei. Deshalb möchte sie zunächst als langjährige Unterstützungsperson Stellung nehmen. Sie kenne die Beschwerdeführerin als jemanden, der grossen Wert auf eine autonome Lebensführung lege, aber immer wieder an Grenzen komme, die für andere nicht ohne Weiteres nachvollziehbar seien (S. 1). Sie selbst sei Akademikerin und habe keine Minderbegabung. Sie habe aber viele Jahre mit einer leichten Hochbegabung zu kämpfen gehabt. Das sei nicht einfach mehr und besser. Es bedeute zum Beispiel, dass sie eine RAD-Stellungnahme lese und sofort an Konfidenzintervalle, Bayes, Basisraten, Abhängigkeiten zwischen Testverfahren CA 1, Pattern, Separation, FUEL und die Auswirkungen von Hörminderung auf das Working Memory denke. Dann versuche sie das zu erklären, wobei die meisten abhängen würden, weil sie sich nicht in Statistik, Basisraten, Testabhängigkeiten, hippocampale Stressmechanismen oder auditive Mehrbelastung einlesen

würden. Irgendwann würden sie aussteigen. Und dadurch erscheine die methodisch angreifbare Stellungnahme des RAD klarer und konsistenter als die anstrengende Gegenposition. Zu viel, zu schnell, zu wenig eingängig. Nicht nachvollziehbar. Angeblich inkonsistent (S. 2). Nach entsprechenden weiteren umfangreichen Ausführungen fasste sie zusammen, es zeige sich, dass die RAD-Argumentation zentrale methodische Anforderungen der Performanzvalidierung nicht erfülle. Insbesondere würden die Grenzen der Aussagekraft von Performanzvalidierungsverfahren überschritten, populationsabhängige Einschränkungen unzureichend berücksichtigt, die fehlende Unabhängigkeit der eingesetzten Verfahren ignoriert und Wahrscheinlichkeitsaussagen ohne Bayes-Kontext getroffen. Gleichzeitig liege vorliegend eine Konstellation vor, in der mehrere bekannte Einflussfaktoren auf die Testleistung zusammenwirkten: niedriger IQ, reduzierte Verarbeitungsgeschwindigkeit, eingeschränktes Arbeitsgedächtnis, ausgeprägte Stressvulnerabilität sowie sensorische Einschränkungen. Diese Faktoren beträfen genau jene kognitiven Prozesse, auf denen die eingesetzten Validitätsverfahren basierten (S. 10). Unter diesen Bedingungen sei die Aussagekraft der Performanzvalidierung systematisch eingeschränkt. Auffällige Ergebnisse könnten nicht eindeutig als Ausdruck mangelnder Leistungsbereitschaft interpretiert werden, sondern seien ebenso mit realen kognitiven Einschränkungen vereinbar. Die Einstufung der Testung als nicht verwertbar sei als methodische Aussage über die Qualität der erhobenen Daten zulässig. Sie stelle keinen Befund über die Person dar, sondern über die Interpretierbarkeit der verwendeten Methode. Daraus folge keine Aussage über das tatsächliche Leistungsniveau und insbesondere kein Nachweis dafür, dass keine kognitive Einschränkung vorliege. Im Gegenteil bleibe festzuhalten, dass sowohl die Anamnese als auch die klinischen Befunde und die strukturelle Konsistenz der Testprofile für das Vorliegen einer kognitiven Einschränkung sprächen, deren Ausmass mit den eingesetzten Verfahren jedoch nicht zuverlässig habe quantifiziert werden können. Genau dies entspreche auch der medizinischen Ausgangslage, wie sie in den vorliegenden Gutachten wiederholt festgehalten worden sei (S. 11).

Die Befunde bei der Beschwerdeführerin seien in ihrer Gesamtheit konsistent mit einer komplexen, multikausalen Beeinträchtigung kognitiver Funkti-

onen. Die Kombination aus reduzierter kognitiver Leistungsfähigkeit, erhöhter Stressvulnerabilität und sensorischer Einschränkung führe zu einer systematischen Beeinträchtigung jener Prozesse, die für die erfolgreiche Bearbeitung von Performanzvalidierungsverfahren erforderlich seien. Die vorhandenen Daten sprächen für ein strukturiertes, funktionsabhängiges Leistungsprofil. Die fehlende Verwertbarkeit der Testergebnisse sei daher als Ausdruck methodischer Grenzen der eingesetzten Verfahren zu interpretieren und nicht als Beleg für das Fehlen kognitiver Einschränkungen. Eine Abklärungsunsicherheit aufgrund der ungenügenden Anpassung einer neuropsychologischen Zusatzuntersuchung an das Leiden der Beschwerdeführerin dürfe nicht gegen diese verwendet werden (S. 12).

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).

4.4.1 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).

4.4.2 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).

4.4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 7, 8C_131/2021 E. 3.2). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlasseten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzubерücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 145 V 97 E. 8.5 S. 105, 142 V 58 E. 5.1

S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; Urteil des BGer 8C_434/2023, 8C_436/2023 vom 10. April 2024 E. 4.3, nicht publ. in: BGE 150 V 188, aber in: SVR 2024 UV Nr. 27 S. 107).

4.5 Ausschlaggebend ist im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren zunächst die Frage, ob relevante gesundheitliche Veränderungen eingetreten sind (vgl. E. 4.1 hiavor).

4.5.1 In somatischer Hinsicht stützte sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2026 (act. II 193) im Wesentlichen auf die Aktenbeurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. F._____ vom 2. Dezember 2024 (act. II 134) sowie vom 10. März 2026 (act. II 192), wonach sich im Vergleich zum Gutachten aus dem Jahr 2019 keine neuen einschränkenden somatischen Probleme fänden. Diese Einschätzung überzeugt und wird, obwohl der psychiatrische Gutachter festhielt, der wesentliche Teil der von der Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Untersuchung geltend gemachten Einschränkungen hätten sich auf die körperlichen Beeinträchtigungen bezogen (act. II 166.1 S. 36 Ziff. 6.2), von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Zwar hat sich die Beschwerdeführerin Operationen unterzogen. Insbesondere wurde die Belastungsurininkontinenz (act. II 102 S. 16 f.) sowie die rechte Schulter (act. II 109 S. 14 f.) operativ versorgt und die Diagnosen einer (behandelbaren) leichtgradigen Bursitis subacromialis rechts (act. II 102 S. 14 f., 109 S. 2 ff.), einer (behandelbaren) Synovialitis Zehe 2 rechts bei dorsaler MTK-Osteonekrose (Morbus Freiberg; act. II 131 S. 4 ff.) sowie eines (asymptomatischen) kleinen Tentoriummeningeoms (act. II 102 S. 9 f., 141 S. 2) gestellt. Die behandelnden Fachärzte postulieren keine Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die über den Zustand zum Zeitpunkt der Referenzverfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) bzw. dem bidisziplinären Gutachten vom 26. Februar 2019 (act. II 60.1 ff.) hinausgehen. Hinsichtlich des Meningeoms wurde schliesslich explizit ausgeführt, der Leidensdruck sei minim und es zeige sich bildgebend ein stabiler Befund bei beschwerdearmer Patientin ohne Behandlungswunsch (act. II 141 S. 2). Dem entspricht der zusammenfassende Bericht des Neurologen Dr. med. E._____ vom 6. September 2023 (act. II 102 S. 9 f.). Sodann wies auch der Hausarzt in seinem Bericht vom 5. Januar 2023 (recte 2024; act. II 102

S. 1 ff.) darauf hin, dass nicht die somatische Beurteilung bzw. die entsprechenden Einschränkungen, sondern die psychiatrische Beurteilung entscheidend ist (S. 6; vgl. auch S. 3 Ziff. 2.2), was er grundsätzlich in seinem Bericht vom 12. Dezember 2024 (act. II 141 S. 1) bestätigte. Soweit er darin ergänzend ausführte, auch wegen der körperlichen Beschwerden bzw. der Erschöpfung sei eine Neuanschuldung indiziert, wird dies nicht ansatzweise begründet. Damit ergeben sich keine auch nur geringen Zweifel an der Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. F. _____ (act. II 134, 192; vgl. E. 4.4.3 hiervor). Mithin liegt keine Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes vor.

4.5.2 Was die psychische Seite betrifft, hat die Beschwerdegegnerin ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag gegeben. Das psychiatrische Gutachten des PD Dr. med. B. _____ vom 5. Juni 2025 (act. II 166.1), inklusive neuropsychologischem Zusatzgutachten vom 30. April 2025 (act. II 165.1), erfüllt – jedenfalls hinsichtlich der Befunderhebung – die beweisrechtlichen Anforderungen der Rechtsprechung und überzeugt (vgl. E. 4.4.2 hiervor), was von der Beschwerdeführerin nicht bestritten respektive von der behandelnden Psychiaterin ausdrücklich anerkannt wird (act. I 3 S. 1). Die Beschwerdeführerin wurde psychiatrisch und neuropsychologisch umfassend untersucht, wobei die Experten sämtliche vorgebrachten Beschwerden berücksichtigten und ihnen ausserdem die einschlägigen medizinischen Akten vorlagen.

4.5.2.1 Aus dem psychiatrischen Gutachten vom 5. Juni 2025 (act. II 166.1) ergibt sich keine massgebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Soweit der Gutachter anders als anlässlich der Erstbegutachtung (act. II 60.3) neu die Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1; act. II 166.1 S. 42 Ziff. 6.3) gestellt und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert (act. II 166.1 S. 44 Ziff. 8.1) hat, handelt es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts und nicht um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes, worauf PD Dr. med. B. _____ selbst ausdrücklich hingewiesen hat (act. II 166.1 S. 45 Ziff. 8.4). Die im Gutachten von PD Dr. med. B. _____ erwähnte leichte Verschlechterung der Angstsymptomatik nach dem Medikamentenwechsel von Cipralex auf Fluoxetin (act. II 166.1 S. 42 Ziff. 7.1) stellt bereits deshalb

keine relevante Veränderung des Sachverhalts dar, weil die Umstellung der Medikamente vor der ersten Begutachtung und damit vor der Referenzverfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) erfolgte (act. II 60.3 S. 5 Ziff. 3.1). Nicht gefolgt werden kann PD Dr. med. B. _____ insoweit, als er davon ausging, der erste Gutachter habe die (bereits damals bestehende) Störung fälschlicherweise nicht erkannt. Vielmehr hat der erste Gutachter die geltend gemachte Angstsymptomatik einlässlich gewürdigt und ausgeführt, dass die Grenze zu einer Panikstörung nicht erreicht sei (act. II 60.3 S. 12 Ziff. 6). Anderweitige (neue) Gesundheitsstörungen wurden von PD Dr. med. B. _____ nicht erhoben (zur Frage einer neuropsychologischen Störung vgl. E. 4.5.2.3 hiernach).

4.5.2.2 Von der Beschwerdeführerin (act. II 166.1 S. 26 Ziff. 3.2.3) sowie der behandelnden Psychiaterin (act. II 128) werden eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten nach der COVID-Erkrankung im Jahr 2022 geltend gemacht, was nicht überzeugt. Ein Vergleich des Berichts der behandelnden Psychiaterin vom 17. September 2024 (act. II 128) mit den von ihr im früheren IV-Verfahren eingereichten Berichten (act. II 20.22, 37.16) zeigt, dass keine neuen Symptome geschildert werden, sondern vielmehr die bereits früher geklagte Leistungsintoleranz nun auf eine COVID-Erkrankung im Jahr 2022 bezogen wird, wobei es sich nicht um objektivierbare Befunde, sondern um die von der Beschwerdeführerin subjektiv geschilderten Beschwerden handelt. Diese konnten anlässlich der psychiatrischen Begutachtung gerade nicht beobachtet und objektiviert werden (act. II 166.1 S. 31 Ziff. 4.1, S. 32 Ziff. 4.3.1, S. 36 Ziff. 6.2, S. 39 Ziff. 6.2).

4.5.2.3 Hinsichtlich der vom psychiatrischen Experten gestellten Verdachtsdiagnose einer Lernbehinderung bzw. einer leichten Intelligenzminderung (act. II 166.1 S. 42 Ziff. 6.3) ist zu beachten, dass einzig die kantonale Erziehungsberatung im Jahr 1992, als die Beschwerdeführerin 15 Jahre alt war, einen IQ von 65 attestierte, ohne auch nur rudimentärste Angaben zur diesbezüglichen Erhebung und zur medizinischen Situation zu machen (act. II 1.1 S. 39). Wie es sich damit verhält, braucht jedoch nicht weiter geklärt zu werden: Entgegen der Annahme von PD Dr. med. B. _____ (act. II 166.1 S. 45 f. Ziff. 8.4) wurde die Frage der Minderbegabung bereits bei der ersten Begutachtung im Jahr 2019 (vgl. act. II 60.3)

berücksichtigt und diskutiert. Auch damals wurden Inkonsistenzen in der psychiatrischen Beurteilungssituation festgestellt und im Rahmen von Validierungstests Anhaltspunkte für Aggravation respektive Simulation gefunden. Es wurde ausgeführt, dass insbesondere in Situationen, in denen für die Beschwerdeführerin unschwer erkennbar gewesen sei, dass explizit Leistungsprüfungen der kognitiv-mnestischen Fähigkeiten erfolgt seien, eine deutliche Abweichung vom Normverhalten erfolgt sei. So habe sie in der Testsituation stark demonstrativ bis hin zur ausgeprägten Theatralik imponiert (act. II 60.3 S. 11 f. Ziff. 4.1 ff.). Der damalige Gutachter hielt explizit fest, dass von einer eher niedrigen Intelligenz mit verminderter Fähigkeit, komplexe Zusammenhänge zu erfassen und zu werten, auszugehen sei, eine klinisch erfassbare Minderintelligenz (IQ unter 70) mit dem biographischen Funktionsniveau jedoch nicht vereinbar sei (S. 13 Ziff. 7.1). Dies überzeugt auch heute noch; eine wesentliche Änderung ist nicht ersichtlich. Die gestellte Verdachtsdiagnose konnte trotz Wiederholung der neuropsychologischen Untersuchung nicht bestätigt werden. Sämtliche insgesamt durchgeführten elf Performanzvalidierungstests waren auffällig (act. II 165.1 S. 10 ff. Ziff. 4.3 und Ziff. 7, 174), weshalb auf die neuropsychologischen Tests nicht abgestellt werden kann.

Was die behandelnde Psychiaterin Dr. med. C._____ hiergegen vorbringt (act. II 185; act. I 3), überzeugt nicht. Dr. phil. I._____ setzte sich eingehend und überzeugend mit den Vorbringen der Dr. med. C._____ auseinander (act. II 190 S. 5 ff.). Er legte schlüssig dar, welche Bedeutung den nicht bestandenen Performanzvalidierungsverfahren im vorliegenden Fall zukommt. Dabei anerkannte er explizit, dass ein niedriger IQ und/oder bestimmte Psychopathologien das Risiko einer falsch-positiven Performanzvalidierung erhöhen könnten. Dies sei bei der Analyse und Interpretation zu berücksichtigen, was vorliegend auch geschehen sei. Allerdings seien die schlechten Testergebnisse der Beschwerdeführerin (selbst, wenn sie tatsächlich lediglich einen IQ von 65 haben sollte) hiermit nicht erklärbar. Soweit Dr. med. C._____ als Psychiaterin diese vom hierzu fachlich kompetenten Neuropsychologen getätigten Ausführungen bestreitet, kann ihr nicht gefolgt werden, zumal auch der neuropsychologische Mitgutachter lic. phil. H._____ zum gleichen Schluss gekommen war und der psychiatrische Gutachter PD Dr. med. B._____ dessen Beurteilung

ausdrücklich nicht in Frage gestellt hat. Entscheidend ist vorliegend denn auch, dass die Ergebnisse nicht nur in einzelnen, sondern ausnahmslos in allen elf Performanzvalidierungstests auffällig waren, und weitere Widersprüche bestehen. So erzielte die Beschwerdeführerin teilweise derart niedrige Werte, dass sie selbst bei Patienten mit schwerer kognitiver Beeinträchtigung äusserst ungewöhnlich wären, was nicht mit dem Leben der Beschwerdeführerin als alleinerziehende Berufstätige zu vereinbaren ist (act. II 190 S. 6), worauf nicht nur Dr. phil. I._____, sondern auch lic. phil. H._____ (act. II 165.1 S. 12 Ziff. 7) hinwies und was überzeugt. Es fällt im Übrigen auf, dass die behandelnde Psychiaterin die gleichen grundsätzlichen Ausführungen zu den Performanzvalidierungsverfahren bereits 2019 gemacht hat (Bericht vom 25. April 2019; act. II 73 S. 2), was das Fehlen einer wesentlichen Befundänderung bestätigt.

Dr. med. C._____ ist schliesslich nicht nur behandelnde Psychiaterin, sondern eine der wichtigsten Unterstützungspersonen der Beschwerdeführerin (act. I 3 S. 1), an die sie sich mit administrativen Anliegen wendet (act. II 166.1 S. 30 Ziff. 3.2.10). Sie setzte sich ausserhalb ihrer ärztlichen Tätigkeit immer wieder advokatorisch für die Beschwerdeführerin ein. Damit kommt ihren Ausführungen – die in Widerspruch zu den anderen aktenkundigen Fachmeinungen stehen – zusätzlich allein begrenzter Beweiswert zu (vgl. Urteile des BGer 8C_675/2025 vom 2. Juni 2026 E. 5.2 und 8C_79/2018 vom 6. Juni 2018 E. 4.2).

Hinsichtlich der geltend gemachten Verständigungsschwierigkeiten (Beschwerde S. 14 Ziff. III/3.5) ist zu beachten, dass obwohl die Beschwerdeführerin anlässlich der Gutachten respektive der Testungen ihre Hörgeräte nicht trug (act. II 60.2 S. 8 Ziff. 3.4, 165.1 S. 8 Ziff. 3), es in den Akten keine Hinweise auf Verständigungsschwierigkeiten gibt. In der RAD-Erhebung ergab sich, dass die Beschwerdeführerin spontansprachlich unauffällig war, sie relativ flüssig lesen konnte und kaum Lesefehler gemacht hat (act. II 174 S. 7 Ziff. 6.2). Verständigungsschwierigkeiten wurden anlässlich der Erstbegutachtung wie auch nach der Neuanschuldung explizit verneint (act. II 60.3 S. 11 Ziff. 4.2, 165.1 S. 9 Ziff. 4.2, 166.2 S. 31 Ziff. 4.2) und wo erforderlich das Instruktionsverständnis sichergestellt (act. II 190 S. 7). Da sie vorab entsprechend informiert wurde (vgl. z. B. act. II 174 S. 2 Ziff. 1),

wusste die Beschwerdeführerin ausserdem, dass die Testaufgaben so gut wie möglich zu bearbeiten waren, da die Ergebnisse sonst nicht verwertbar sind.

Demnach ist – auch wenn allgemein unumstritten ist, dass die Beschwerdeführerin über eher bescheidene kognitive Fähigkeiten verfügt – eine gesundheitliche Veränderung auch diesbezüglich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu verneinen (BGE 151 V 244 E. 3.4 S. 248, 280 E. 3.3.1 S. 282, 144 V 427 E. 3.2 S. 429; SVR 2022 UV Nr. 41 S. 161, 8C_457/2021 E. 3.3).

4.5.2.4 Zusammenfassend sind damit auch veränderte psychiatrische Verhältnisse nicht erstellt. Die Beschwerdegegnerin hat die gebotenen Abklärungen getätigt. Weiterer Abklärungen bedarf es nicht (vgl. BGE 151 V 258 E. 4.4 S. 261, 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).

4.6 Damit liegt keine anspruchsrelevante Veränderung des Sachverhalts im Sinne einer revisionsbegründenden erheblichen Gesundheitsveränderung vor. Sodann liegt auch erwerblich kein Neuanmeldungsgrund vor, da die Beschwerdeführerin sowohl im Zeitpunkt der Referenzverfügung vom 17. Juni 2019 (act. II 81) als auch im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. März 2026 (act. II 193) ihre Restarbeitsfähigkeit nie voll ausschöpfte und eine Aufgabe bzw. Wechsel der Erwerbstätigkeit aus anderen als gesundheitlichen Gründen keinen Revisionsgrund darstellt (vgl. BGE 141 V 9 E. 5.2 S. 13).

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 13. März 2026 (act. II 193) im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist.

5.

5.1 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten,

wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. Unter den gleichen Voraussetzungen kann überdies einer Partei eine Anwältin oder ein Anwalt beigeordnet werden, wenn die tatsächlichen und rechtlichen Verhältnisse es rechtfertigen (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61, 9C_432/2010 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 21, 8C_22/2010 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der Sozialhilfeabhängigkeit (act. I 4) ausgewiesen. Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege, beschränkt auf die Verfahrenskosten, antragsgemäss gutzuheissen ist.

5.2 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 werden auf Fr. 800.-- festgesetzt und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege ist sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – jedoch von der Zahlungspflicht zu befreien (Art. 113 VRPG).

5.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - A. _____
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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