

200 23 130 IV

A. _____
FUE/ZID/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. August 2023

Verwaltungsrichter Furrer, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Jakob, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiber Zimmermann

A. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 24. Januar 2023



Sachverhalt:

A.

Die 1999 geborene A._____, nach der Lehre zur ... ohne (Fest-) Anstellung, meldete sich im Oktober 2019 unter Hinweis auf eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 10; vgl. auch act. II 12, 21). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, in deren Rahmen die IVB die Versicherte fachpsychiatrisch begutachten liess (Expertise vom 21. April 2021; act. II 66.1), sprach sie mit Verfügung vom 7. Oktober 2021 eine vom 1. August 2020 bis 31. Mai 2021 befristete Viertelsrente (bei einem Invaliditätsgrad von 40 %; in der Folge Invaliditätsgrad von 15 %) zu (act. II 78). Diese Verfügung blieb unangefochten.

Im Januar 2022 ersuchte die Versicherte um "erneute Rentenprüfung" (act. II 81; vgl. auch act. II 79 f.), dies unter Hinweis auf eine Retraumatisierung im Sommer 2021 mit massiver Zustandsverschlechterung (act. II 84). Die IVB tätigte neuerliche medizinische sowie erwerbliche Abklärungen und holte eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 9. November 2022 ein (act. II 108). Mit Vorbescheid vom 17. November 2022 verneinte sie eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes und demzufolge einen Rentenanspruch (act. II 109). Auf Einwand der Versicherten hin (act. II 113) und nach Stellungnahme des RAD vom 19. Januar 2023 (act. II 116) verfügte die IVB am 24. Januar 2023 (act. II 117) wie angekündigt.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 20. Februar 2023 Beschwerde. Sie beantragt sinngemäss, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei ihr eine Rente in gesetzlicher Höhe ab wann rechtens zuzusprechen. Zur Begründung wurden aktuelle Berichte des behandelnden Psychiaters vom 21. Februar 2023 (Akten der Beschwerdeführerin

[act. I] 1) und des Hausarztes vom 23. Februar 2023 (in den Gerichtsakten) ein- bzw. nachgereicht.

Mit weiterer Eingabe vom 2. März 2023 liess die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einreichen (Akten der Beschwerdeführerin [act. IA]).

Mit Beschwerdeantwort vom 6. April 2023 schliesst die Beschwerdegegnerin – verweisend auf eine Stellungnahme des RAD vom 9. März 2023 (in den Gerichtsakten) – auf Abweisung der Beschwerde.

Am 17. Mai 2023 reichte der behandelnde Psychiater im Auftrag der Beschwerdeführerin Schlussbemerkungen ein.

Erwägungen:

1.

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

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

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 24. Januar 2023 (act. II 117). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rente der IV und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob seit Erlass der Verfügung vom 7. Oktober 2021 (act. II 78) eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

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

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

2.

2.1 Am 1. Januar 2022 sind die Änderungen vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV) und weiterer Erlasse (insbesondere des ATSG) in Kraft getreten (AS 2021 705). In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 24. Januar 2023 (act. II 117) und der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs liegt mit Blick auf die im Januar 2022 erfolgte Neuanmeldung (act. II 81; für den Zeitpunkt ist die formungültige Anmeldung massgebend [vgl. Art. 29 Abs. 3 ATSG]) und die sechsmonatige Karenzfrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im Jahr 2022, weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung massgebend sind.

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

erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.4

2.4.1 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen

eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzung nach Abs. 2 erfüllt ist (Art. 87 Abs. 3 IVV, vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351).

2.4.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 144 I 103 E. 2.1 S. 105, 141 V 9 E. 2.3 S. 10; SVR 2021 IV Nr. 36 S. 110 E. 3.1).

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. 110 E. 3.1).

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

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu

beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom Januar 2022 (act. II 81) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Praxisgemäss ist die Eintretensfrage durch das Gericht daher nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist durch einen Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Verfügung vom 7. Oktober 2021 (act. II 78) und demjenigen bei Erlass der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 24. Januar 2023 (act. II 117) zu prüfen, ob in den tatsächlichen Verhältnissen eine wesentliche Änderung eingetreten ist, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. E. 2.4.2 und 2.4.3 hiavor).

3.2 Die Verfügung vom 7. Oktober 2021 (act. II 78) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem Gutachten der Dr. med. B._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. April 2021 (act. II 66.1), gemäss welchem die Beschwerdeführerin an einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31), gegenwärtig in Teilremission mit insgesamt leichter Ausprägung, sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an einem Status nach multiplem Substanzgebrauch (Alkohol, Cannabis, LSD, Kokain, Amphetamine, Ecstasy) und einem Status nach rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), leidet (act. II 66.1/18 Ziff. 6; vgl. auch act. II 66.1/20 f. und 66.1/23). Die frühe Trennung und Scheidung der leiblichen Eltern, als die Beschwerdeführerin ein bzw. zwei Jahre alt gewesen sei, sei ihr nicht erinnerlich, habe aber wahrscheinlich Spuren in ihr hinterlassen. Sie sei mit dem älteren Bruder bis zum 16. Lebensjahr bei der Mutter aufgewachsen und habe dann in die neue Familie des leiblichen Vaters

gewechselt. Nach dem Besuch der Primar- und Sekundarschule habe sie eine Au-Pair-Zeit nach wenigen Monaten abgebrochen, da sie aufgrund täglichen Drogenkonsums unter psychischen Schwierigkeiten gelitten habe. Nach einem Motivationssemester im "... " habe sie im Sommer 2016 eine dreijährige Ausbildung zur ... begonnen und diese mit dem eidg. Fähigkeitszeugnis und der Note 5.2 abgeschlossen. Retrospektiv betrachtet hätten ca. 2010/2011 Anzeichen der Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mit ersten Selbstverletzungen durch Zufügen von Hautschnitten begonnen. Angaben der aktuell behandelnden Psychotherapeutin zufolge habe die Beschwerdeführerin im Alter von neun oder zehn Jahren (2009/2010) ein schwerwiegendes Trauma erlebt; über ein solches habe sie in der aktuellen Untersuchung jedoch nicht berichtet, sondern über "Mobbing" durch Mitschüler und die Lehrerin sowie ein in den Rücken fallen der Mutter wegen schlechter Leistungen im Fach Mathematik. Die Symptome hätten nach Beendigung der Schulzeit bzw. während des Sprachaufenthalts als Au-Pair erheblich zugenommen und es sei im Zeitraum von 2017 bis 2019 zu mehreren stationären Therapieaufenthalten gekommen. Seit einer lebensgefährlichen Amphetaminintoxikation Ende August 2019 sei es nach einem depressiven Tiefpunkt zu einer allmählichen Wende mit zunehmender Besserung und Teilremission der vorliegenden Borderline-Störung gekommen (act. II 66.1/24 Ziff. 7.1; vgl. auch act. II 66.1/18). Im Oktober 2020 habe sie eine eigene Wohnung bezogen. Seither seien nur noch tageweise Stimmungseinbrüche mit Suizidideen und Affektschwankungen aufgetreten. Selbstschädigendes Verhalten, schädlicher Gebrauch von Alkohol und Drogen miteinbezogen, komme seit Oktober 2020 nicht mehr vor. Auch habe die Beschwerdeführerin keine schweren dissoziativen Zustände mehr. Zur Tagesstrukturierung arbeite sie halbtags auf einem Bauernhof und habe ihr Hobby, das Reiten, wieder aufgegriffen (act. II 66.1/23 f.). Der Suchtmittelgebrauch sei einhergegangen mit der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung und habe die Symptome begünstigt. Es bestehe Rückfallgefahr. Absolute Abstinenz von Suchtmitteln oder Substanzen mit potentielltem Suchtrisiko sei zu empfehlen. Im Falle einer psychischen Dekompensation sollte eine Kontrolle von CDT (Alkohol) und ein Drogenscreening im Urin stattfinden (act. II 66.1/27 unten).

Der Beschwerdeführerin seien im psychiatrischen Fachgebiet seit 2017 in chronologischer Reihenfolge zudem die folgenden Diagnosen attestiert worden: Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2), Verdacht auf multiple Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F44.81) und komplexe posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, nach ICD-11; act. II 66.1/2 Ziff. 1.2). Zwar habe sich die Beschwerdeführerin eigenanamnestisch nach der (frühzeitigen) Beendigung der Au-Pair-Zeit 1.5 Jahre lang in einer belastenden Situation (mit akustischen Halluzinationen in Form kommentierender Stimmen, die schlecht über sie reden würden; vgl. act. II 66.1/18 unten) befunden, doch würden zum klinischen Bild einer Anpassungsstörung gemäss ICD-Kriterien keine akustischen Halluzinationen gehören, weshalb diese Diagnose allein gestellt die damals vorhandene Symptomatik nicht umfassend genug beschrieben habe (act. II 66.1/19 unten). Dissoziative Störungen seien sehr häufig als Komorbidität einer PTBS, aber auch bei der Borderline-Störung zu finden. Die bei der Beschwerdeführerin geäusserte Verdachtsdiagnose einer multiplen Persönlichkeitsstörung als Unterform einer Identitätsstörung sei selten und es werde kontrovers diskutiert, inwieweit sie iatrogen oder kulturspezifisch sei. Für eine iatrogene Auslösung könnte bei der Beschwerdeführerin der Beginn einer Schematherapie verantwortlich gewesen sein, in welcher die Arbeit mit Modi, welche Persönlichkeitsanteile mit Verhaltensmustern unterscheiden, einen Schwerpunkt bilde. Bei der Diagnose einer dissoziativen Störung handle es sich auch um eine Ausschlussdiagnose. Es werde verlangt, dass die Störung nicht auf die Wirkung einer Substanz oder eines neurologischen oder anderen medizinischen Faktors zurückzuführen sei. Als potentiell auslösender Substanzkonsum seien die Einnahme von LSD, von Amphetaminen, der fast tägliche Konsum von Cannabis und sporadische Alkoholexzesse angegeben worden. Auch aufgrund der verordneten und unregelmässig eingenommenen Medikamente seien toxische Wechselwirkungen denkbar. Eine Persönlichkeitsspaltung infolge einer sexuellen Traumatisierung wäre denkbar, habe aber nicht ausreichend nachvollzogen werden können (act. II 66.1/21 f.). Aufgrund der Symptomüberschneidungen von Halluzinationen unter Cannabinoiden sowie Dissoziationen und Identitätsstörungen im Rahmen einer Borderline-Diagnose scheine die Abgrenzung einer PTBS erschwert, da weder die Beschwerdeführerin noch deren Therapeutin noch Aktenunterlagen konkrete Anhaltspunkte lieferten. Als komorbide Störungen träten bei

der Borderline-Störung häufiger affektive Störungen (v.a. Depressionen) und Substanzabhängigkeit oder -missbrauch auf. Depressive Phasen hätten bei der Beschwerdeführerin eigenanamnestisch im 9. und 12./13. Lebensjahr bestanden, eine Diagnose und Therapie hätten damals nicht stattgefunden. Nach Manifestation der Borderline-Störung seien nach situativen Auslösern wiederholt suizidale Krisen aufgetreten; die Zeitkriterien für die Diagnosestellung einer eigenständigen depressiven Episode seien häufig nicht erfüllt gewesen, da die Symptome meist kürzer als 14 Tage angehalten hätten, wobei es vereinzelt depressive Episoden gegeben habe, welche zu stationären Behandlungen geführt hätten (act. II 66.1/23).

Die Beschwerdeführerin sei ab dem Begutachtungszeitpunkt sowohl in der angestammten Tätigkeit (...) als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 80 - 90 % arbeitsfähig. Es bestehe ein vermehrter Pausenbedarf, um der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zu geben, die erlernten Skills zur Aufrechterhaltung ihrer affektiven Stabilität anzuwenden (act. II 66.1/26 f.).

3.3 Seit Erlass der Verfügung vom 7. Oktober 2021 (act. II 78) präsentiert sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

3.3.1 Mit Berichten vom 21. Oktober 2021 (act. II 79/1), 15. Februar 2022 (act. II 84) und 26. April 2022 (act. II 91) wiesen Dres. med. C. _____ und D. _____, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, letzterer zusätzlich für Neurologie, darauf hin, eine nach der Begutachtung begonnene Eingliederungsmassnahme habe wegen Nichterreichens der Anforderungen und Verschlechterung des Zustandsbilds abgebrochen werden müssen. Nachdem die Beschwerdeführerin im Sommer 2021 Zeugin einer Gewalttat geworden sei (Mitanhören, wie ihr Nachbar zusammengeschlagen worden sei), sei es zu einer Destabilisierung gekommen, wobei eine Hospitalisation nur angesichts einer intensiven ambulanten Therapie (mit einmaliger Krisenintervention) habe verhindert werden können. Seither habe sich die Beschwerdeführerin nur auf einem sehr tiefen Funktionsniveau stabilisieren können. Sie habe von Dissoziationen, Amnesien, Körperintrusionen (Schmerzen, Ziehen, Herzrasen, Halbseitenlähmung der Arme, Kribbeln in einem Arm – dies ohne somatische Korrelate) und Alpträumen sowie massiver Zunahme der chronischen Suizidalität berichtet. Die Anspannung habe sich erhöht und der Antrieb sei gemindert. Es sei nach lan-

ger Zeit wieder zu mehrmaligem selbstverletzendem Verhalten gekommen. Im damaligen Gutachten seien keine traumaspezifischen Fragebögen angewandt worden (act. II 79/1; act. II 91/1 f. Ziff. 1.2, 2.1 f. und 91/5 Ziff. 3.4).

Es sei der Beschwerdeführerin nicht möglich, in diesem Zustand einer Tagesstruktur nachzugehen. Aufgrund dessen sei sie seit August 2021 durchgehend zu 100 % krankgeschrieben. Sie habe sich im Verlauf der Behandlung auf weitere Diagnostik im Traumatologiebereich einlassen können; es bestehe der hohe Verdacht einer dissoziativen Identitätsstörung (DIS; ICD-11 6B64; act. II 84, 91/1 Ziff. 1.3 und 91/4 Ziff. 2.7). Die Diagnose einer DIS (ED Anfang 2022, davor lange Verdachtsdiagnose) sei die Hauptdiagnose; als Nebendiagnose leide die Beschwerdeführerin unter einer komplexen Traumafolgestörung (ICD-11 6B40; ED 2020). Es handle sich um eine Störung der Identität durch unterschiedliche Persönlichkeitszustände, verbunden mit deutlichen Unterbrechungen des Selbsterlebens und der eigenen Handlungsfähigkeit. Unterschiedliche Persönlichkeitszüge übernahmen wiederholt die exekutive Kontrolle über das Bewusstsein und das Handeln in den Interaktionen mit Anderen oder der Umwelt (act. II 91/3 Ziff. 2.4 f.). Die Beschwerdeführerin habe sich in den Sitzungen immer wieder stark verändert präsentiert. Ihre Emotionen, Kognitionen, das Erfassen der Situation sowie ihr Interagieren seien verändert gewesen und hätten in der nächsten Stunde nicht mehr oder nur noch teilweise erinnert werden können. Neben diesen Symptomen habe die Beschwerdeführerin aufgrund der komplexen Traumafolgestörung auch die folgenden Symptome: Störung der Selbstorganisation, schwere, tiefgreifende Probleme der Affektregulation, Probleme mit dem Selbstbild, selbsttherabsetzende Überzeugungen, andauernde Schwierigkeiten in tragenden Beziehungen, Vermeidung von Triggern und Hyperarousal (act. II 91/2 Ziff. 2.2). Die Symptome könnten bei der Beschwerdeführerin nicht durch andere psychische Erkrankungen, eine Verhaltensstörung oder neurologische Entwicklungsstörungen erklärt werden und seien auch nicht die Folge von Substanzmissbrauch oder die Nebenwirkungen von Medikamenten (act. II 91/3 Ziff. 2.4).

3.3.2 Auf Empfehlung des RAD (vgl. act. II 97) beantwortete der Hausarzt Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im August

2022 die verwaltungsseitige Frage nach den Konsultationen in seiner Praxis dahingehend, dass solche am 11. Juni (Erkältung) sowie 21. Juli 2021 (Panikattacken; keine pathologischen Befunde) und im Jahr 2022 am 25. Januar (panvertebrales Schmerzsyndrom), 28. Januar (Ohrspülung rechts), 11. Februar (leichte Sialadenopathie) sowie 22. März (Covid-19-Erkrankung) stattgefunden hätten (act. II 103).

3.3.3 Die RAD-Ärztin Dr. med. F. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, legte in der Stellungnahme vom 9. November 2022 dar (act. II 108/4), die Gutachterin habe die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (ICD-10 F60.31), gegenwärtig in Teilremission mit insgesamt leichter Ausprägung (vgl. act. II 66.1/18 Ziff. 6), ausführlich unter Zugrundelegung des ICD-10-Klassifikationssystems hergeleitet (vgl. act. II 66.1/20) und sich auch ausführlich mit früher gestellten Diagnosen (PTBS und DIS) auseinandergesetzt (vgl. act. II 66.1/21 ff.). Seit der Gutachtenserstellung lägen im psychiatrischen Fachgebiet keine objektiv erhobenen Befunde (Psychostatus nach AMDP) vor. Eine Behandlungsintensivierung ([teil-]stationäre Behandlung) habe nicht stattgefunden; die medikamentöse Behandlung werde (wie auch schon in der Vergangenheit) durch die Beschwerdeführerin abgelehnt, so dass von einem geringen Leidensdruck ausgegangen werden könne. Gleiches gelte in Bezug auf die bei den ambulanten Behandlern vorgetragenen körperlichen Beschwerden (so Halbseitenlähmung der Arme und Herzrasen), worüber die Beschwerdeführerin anlässlich der wenigen hausärztlichen Konsultationen nichts berichtet habe. Von der Gutachterin empfohlene Kontrolluntersuchung in Bezug auf Alkohol und Drogen seien nicht veranlasst worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sei von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen, weshalb weiterhin auf die gutachterliche Einschätzung abgestellt werden könne (act. II 108/6; vgl. auch act. II 116/3).

3.3.4 In dem im vorliegenden Verfahren eingereichten Bericht vom 21. Februar 2023 wies Dr. med. D. _____ darauf hin, die Beschwerdeführerin habe seit dem Ereignis vom August 2021 (akustisch wahrgenommene Gewalttat) eine starke Angst gegenüber Menschen entwickelt und sich sozial zurückgezogen. Sie leide stark unter zeitweise aufdrängenden

Suizidgedanken, starkem Gedankenkreisen und einer chronischen Erschöpfung (act. I 1/3). Vordergründig liege eine Agoraphobie mit ausgeprägter und übermässiger Angst in diversen Situationen vor, in denen eine Flucht schwierig sein könnte oder keine Hilfe verfügbar sei. Die Symptomatik sei so schwerwiegend, dass dies zu erheblichem Leidensdruck und zu erheblichen Beeinträchtigungen in persönlichen, sozialen und beruflichen Funktionsbereichen geführt habe. Weiter leide die Beschwerdeführerin seit 2019 an einer Hypochondrie, welche gekennzeichnet sei durch die ständige Sorge oder Angst, eine oder mehrere schwere oder lebensbedrohliche Krankheiten zu haben; die Besorgnis werde begleitet von wiederholten und exzessiven gesundheitsbezogenen und maladaptiven Verhaltensweisen aus Scham, nicht ernst genommen zu werden. Es sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin zudem an einer komplexen Traumafolgestörung aufgrund von diversen traumatischen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend leide; in früheren Therapien seien die Diagnosen DIS und komplexe PTBS festgehalten worden (act. I 1/4). Aufgrund einer Verschlechterung der vorgängig vorhandenen Hypochondrie und der neu aufgetretenen Agoraphobie sei es nach dem Ereignis im August 2021 zu einer massiven Verschlechterung des Gesundheitszustands gekommen mit seither voller Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der vorliegenden Agoraphobie sei es der Beschwerdeführerin kaum möglich, ihr Haus zu verlassen und somit einer Tagesstruktur bzw. Tätigkeit nachzugehen (act. I 1/5 f.).

3.3.5 Mit Bericht vom 23. Februar 2023 (in den Gerichtsakten) teilte der Hausarzt mit, die Beschwerdeführerin leide unter einer Hypochondrie. Damit im Zusammenhang stünden mehrheitlich die in den letzten drei Jahren erfolgten Konsultationen bei ihm wegen Irritationsgefühl im Hals, dem Gefühl von Atemnot, von Missempfindungen im Körper, von brennenden Brustschmerzen sowie Licht- und Lärmempfindlichkeit. Es sei davon auszugehen, dass die körperlichen Beschwerden am ehesten psychosomatischer Ätiologie seien.

3.3.6 Die RAD-Ärztin wies in der Stellungnahme vom 9. März 2023 (in den Gerichtsakten) nochmals darauf hin, dass auch dem neusten (psychiatrischen) Bericht des Dr. med. D. _____ vom 21. Februar 2023 (vgl. act. I 1) keine objektiven Befunde zu entnehmen seien. Ausführlich werde über

Selbstauskünfte der Beschwerdeführerin im Sinne von vorgebrachten Klagen und Beschwerden berichtet. Sämtliche dieser Beschwerden habe die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der gutachterlichen Untersuchung vorgetragen, insbesondere habe sie schon damals über Hypochondrie berichtet. Diese Beschwerden und Symptome seien durch die psychiatrische Gutachterin medizinisch plausibel einer anderen Diagnose zugeordnet worden. Auch habe die Beschwerdeführerin bereits anlässlich der gutachterlichen Untersuchung über verschiedenste Ängste (Soziophobie, Angst, ohne Begleitung das Haus zu verlassen etc.) geklagt. Diese Beschwerden seien von der Gutachterin bei der Beurteilung des funktionellen Leistungsvermögens berücksichtigt worden. Zusammengefasst sei davon auszugehen, dass überwiegend wahrscheinlich seit der gutachterlichen Untersuchung der gleiche medizinische Sachverhalt vorliege, welcher durch die aktuellen Behandler lediglich anders beurteilt werde, zumal den seither erstellten Arztberichten auch keine stattgehabten oder geplanten Behandlungsintensivierungen zu entnehmen seien. Medizinisch-theoretisch gehe die von der Gutachterin diagnostizierte emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ typischerweise mit wiederholten, aber jeweils nur kurze Zeit andauernden emotionalen Krisen einher, welche dann vorübergehend das funktionelle Leistungsvermögen beeinflussen könnten.

3.3.7 Im Bericht vom 17. Mai 2023 (in den Gerichtsakten) bekräftigte Dr. med. D._____ eine (massive) Zustandsverschlechterung seit dem Ereignis im August 2021; die entsprechenden Beschwerden seien aufgrund ihrer Intensität zusätzlich unter den neuen Diagnosen Hypochondrie und Agoraphobie eingeordnet worden.

3.4 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 anzuge-

ben, 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).

3.4.1 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).

3.4.2 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. 8 E. 3.2). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2).

Auch reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen Regionaler Ärztlicher Dienste (SVR 2020 IV Nr. 38 S. 134 E. 4.3).

3.5 Die Beschwerdeführerin liess die sich auf das psychiatrische Gutachten vom 21. April 2021 (vgl. act. II 66.1) stützende Verfügung vom 7. Oktober 2021 (vgl. act. II 78) unangefochten in Rechtskraft erwachsen, ersuchte dann aber bereits im Januar 2022 um erneute Rentenprüfung

(Neuanmeldung; act. II 81) unter Hinweis auf eine Retraumatisierung im Sommer 2021 mit massiver Zustandsverschlechterung (vgl. act. II 84).

3.5.1 In diesem Sinne wird im Bericht der behandelnden Dres. med. C._____ und D._____ vom 26. April 2022 von einer Dekompensation bzw. Retraumatisierung durch ein Ereignis im August 2021 – nota bene vor Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 7. Oktober 2021 (act. II 78) – ausgegangen (act. II 91/2 Ziff. 2.1), wobei die Hauptdiagnose die DIS sei und daneben eine komplexe PTBS bestehe (act. II 91/3 Ziff. 2.5). Diese beiden Diagnosen waren bereits im Zeitpunkt der Begutachtung durch Dr. med. B._____ vordiagnostiziert, wurden von der Expertin indes nicht bestätigt (act. II 66.1/22 f.). Insoweit liegt lediglich eine (unveränderte) andere Würdigung des im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts vor, welche im neuanmeldungsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (BGE 147 V 161 E. 4.2 S. 164, 144 I 103 E. 2.1 S. 105).

3.5.2 Im Bericht vom 21. Februar 2023 rapportiert Dr. med. D._____ eine seit 2019 bestehende, erstmals aber im Dezember 2022 diagnostizierte Hypochondrie (act. I 1/4 f. Ziff. 2.4 f.) und eine massive Zunahme der Symptome (act. I 1/3 f. Ziff. 2.2). Auch vom hypochondrischen Verhalten der Beschwerdeführerin hatte die Gutachterin Kenntnis ("[...] sei sie auch sozialphobisch oder hypochondrisch" [act. II 66.1/14]; "Sie könne geradezu hypochondrisch reagieren, wenn sie Körpersymptome habe. Aber auch wenn andere ihr über Körpersensationen berichten, zum Beispiel ihr Freund, denke sie gleich an Krebs, Schlaganfall oder Herzschaden, weil er sagte, ihm sei schwindlig" [act. II 66.1/16]), doch stellte sie – wie damals auch die behandelnden Ärzte trotz angeblich seit 2019 bestehender Symptomatik – keine entsprechende Diagnose, sodass wiederum eine andere Würdigung des im Wesentlichen unveränderten medizinischen Sachverhalts vorliegt.

3.5.3 Schliesslich geht Dr. med. D._____ im Bericht vom 21. Februar 2023 von einer neu diagnostizierten Agoraphobie aus, die dergestalt sei, dass die Beschwerdeführerin kaum das Haus verlassen und keiner Tätigkeit nachgehen könne (act. I 4 f. Ziff. 2.4 f.). Diese Symptome einer Agoraphobie wurden bereits im Rahmen der Begutachtung geklagt ("Gesteigertes Misstrauen in für sie neuen Situationen und unbekanntem Personen

gegenüber, ohne Geschlechtsunterschied. Sie differenzierte weiter, vor Männern habe sie Angst wegen ihrer körperlichen Überlegenheit, vor Frauen wegen ihrer potentiellen Verlogenheit [...]. Sie habe Angst davor[,] fremd- und autoaggressiven Impulsen Folge zu leisten, situativ die Kontrolle zu verlieren [...]. Sie bemerkte leichte Kontrollzwänge, vor allem wenn sie die Haustüre abschliesse. Es könne sein, dass sie bis zu zweimal zurücklaufe[,] um nachzusehen, ob sie wirklich abgesperrt habe. Sie habe Angst vor Einbrechern, besonders, wenn sie sich alleine zu Hause aufhält." [act. II 66.1/14]; "Körperlich überlegene Männer in unübersichtlichen Situationen fürchte sie. Aber auch offene Plätze [...]. Sie gehe grundsätzlich nicht gerne unbegleitet aus dem Haus." [act. II 66.1/17]; "[...] ausgeprägte soziale Rückzug" [act. II 66.1/21]). Die Diagnose einer Agoraphobie wurde von der Gutachterin indes nicht gestellt, obschon die nun geschilderten Verhaltensweisen im Wesentlichen bereits gegenüber der Gutachterin geschildert worden waren. In diesem Punkt leidet der Bericht von Dr. med. D._____ vom 21. Februar 2023 denn auch an einem Widerspruch dahingehend, dass die Diagnose einer Agoraphobie erstmals im Dezember 2022 gestellt worden ist (act. I 1/5 Ziff. 2.5), sich diese aber bereits nach dem Ereignis vom August 2021 massiv verschlechtert habe (act. I 1/5 Ziff. 2.7). Abgesehen vom Dargelegten läge die postulierte Verschlechterung vor dem hier massgebenden Vergleichszeitraum (vgl. E. 3.1 hiervor).

3.5.4 Insgesamt bestehen im Vergleich zum psychiatrischen Gutachten vom 21. April 2021 (act. II 66.1) bzw. zur Verfügung vom 7. Oktober 2021 (act. II 78) im vorliegenden Neuanmeldeverfahren bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art. Die vorbestandenen Tatsachen haben sich im Vergleichszeitraum zudem auch in ihrem Ausmass nicht substantiell verändert. Zwar ist die Rede von einer Dekompensation bzw. Retraumatisierung seit Sommer 2021 (act. II 91/2 Ziff. 2.1). In diesem Zusammenhang gilt es jedoch zu beachten, dass es der begutachtenden Psychiaterin nicht gelungen ist, überhaupt eine (erstmalige bzw. ursprüngliche) Traumatisierung herzuleiten (vgl. act. II 66.1/23 f.). Gleich verhält es sich nunmehr in Bezug auf das im Neuanmeldeverfahren geltend gemachte Mitanhören, wie ihr Nachbar zusammengeschlagen worden sei, handelt es sich doch dabei offensichtlich nicht um eine aussergewöhnlich schwere oder kontinuierliche Belastung (vgl. dazu die Definition zu ICD-10 F43.- [Reaktionen auf schwe-

re Belastungen und Anpassungsstörungen]) bzw. Extrembelastung (vgl. dazu die Definition zu ICD-10 F62.0 [andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung]). Ohnehin hat die Gutachterin bereits anlässlich der Begutachtung im Jahr 2021 darauf hingewiesen, dass eine Rückfallgefahr bestehe, absolute Abstinenz von Suchtmitteln oder Substanzen mit potentielltem Suchtrisiko zu empfehlen sei und im Falle einer psychischen Dekompensation eine Kontrolle von CDT (Alkohol) und ein Drogenscreening im Urin stattfinden sollte (act. II 66.1/27 unten). Letzteres wurde seitens der behandelnden Ärzte offensichtlich nicht veranlasst (vgl. act. II 108/6 unten). Auch lässt sich trotz der von den behandelnden Ärzten postulierten Destabilisierung – denn nur so lässt sich die seit Ende August 2021 bis auf weiteres attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. act. I 1/1 f. Ziff. 1.3) erklären – keine anhaltende Intensivierung der Behandlung bzw. Medikation feststellen, was gemäss der RAD-Ärztin auf einen (eher) geringen Leidensdruck der Beschwerdeführerin schliessen lässt (vgl. act. II 108/6): Zwar wurden zunächst ab Sommer 2021 über längere Zeit drei psychotherapeutische Gespräche pro Woche (act. II 79/1), später noch deren zwei (act. II 84, 91/1 Ziff. 1.2) bzw. seit 9. Dezember 2022 werden noch wöchentliche oder zweiwöchentliche Einzelpsychotherapien (act. I 1/1 Ziff. 1.1) abgehalten und die Beschwerdeführerin hat allein Nozinan-Tropfen 4 % in Reserve (act. I 1/4 Ziff. 2.3), was in etwa (wieder) der Situation im Begutachtungszeitpunkt 2021 entspricht (i.d.R. einmal in der Woche ein ambulanter Termin à 50 min [act. II 43/4 Ziff. 7] und Nozinan-Tabletten-Reserve [act. II 66.1/10]). Diesbezüglich führte die RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 9. März 2023 (S. 5 unten [in den Gerichtsakten]) nachvollziehbar aus, medizinisch-theoretisch gehe die von der psychiatrischen Gutachterin für die Beschwerdeführerin diagnostizierte emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ typischerweise mit wiederholten, aber jeweils nur kurze Zeit andauernden emotionalen Krisen einher, welche dann vorübergehend das funktionelle Leistungsvermögen beeinflussen könnten. Soweit die behandelnden Ärzte dem entgegen eine seit Jahren bestehende gänzliche Arbeitsunfähigkeit attestieren (act. I 1/1 f. Ziff. 1.3), darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353; SVR 2015 IV Nr. 26 S. 80 E. 5.3.3.3). Dies gilt nicht nur für den

allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für den behandelnden Spezialarzt und erst recht für den schmerztherapeutisch tätigen Arzt mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Folglich ist mit dem RAD von einem seit 7. Oktober 2021 im Wesentlichen unveränderten medizinischen Zustand auszugehen.

3.6 Nach dem Dargelegten stellen die abweichenden Beurteilungen bzw. Diagnosen der behandelnden Ärzte – soweit diese überhaupt den neuanmeldungsrechtlich relevanten Zeitraum betreffen (vgl. E. 3.1 hier vor) – eine im Neuanmeldungskontext unbeachtliche andere Würdigung des im Wesentlichen unveränderten medizinischen Zustands dar. Demnach ist im massgeblichen Überprüfungszeitraum in den medizinischen Verhältnissen keine wesentliche Veränderung eingetreten. Auch hinsichtlich der erwerblichen oder anderer tatsächlicher Verhältnisse ist eine solche nicht auszumachen und wird denn auch nicht geltend gemacht. Folglich hat keine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs zu erfolgen (E. 2.4.2 hier vor) und die angefochtene Verfügung vom 24. Januar 2023 (act. II 117) ist nicht zu beanstanden.

4.

Mit der Abweisung der Beschwerde wird die Beschwerdeführerin kostenpflichtig (Art. 108 VRPG), weshalb nachfolgend vorab das (mangels Rechtsverbeiständung auf die unentgeltliche Prozessführung beschränkte) Gesuch um Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege zu prüfen ist.

4.1 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 (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der dokumentierten finanziellen Verhältnisse respektive ihrer Sozialhilfebedürftigkeit ausgewiesen (act. IA 1 ff.). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als aussichtslos zu qualifizieren, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Prozessführung vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch der Beschwerdeführerin ist somit gutzuheissen.

4.2 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.

Im vorliegenden Fall werden die Verfahrenskosten auf Fr. 800.-- festgesetzt (Art. 108 Abs. 1 VRPG) und der unterliegenden Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. 4.1 hiavor) wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

4.3 Infolge Unterliegens hat die Beschwerdeführerin von vornherein keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin 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 (samt Eingaben vom 23. Februar und 17. Mai 2023)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil kann innert 30 Tagen seit Zustellung der schriftlichen Begründung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten gemäss Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bun-

desgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.