

200 24 588 IV
FRC/SHE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 24. Februar 2025

Verwaltungsrichterin Frey, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Furrer, Verwaltungsrichter Isliker
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 17. Juli 2024



Sachverhalt:

A.

Die 1968 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), ... EFZ, meldete sich im Juni 2022 bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (Akten der IVB [act. II] 1, 11 S. 2); am 29. Juli 2022 (act. II 8) erfolgte die Leistungsanmeldung. Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Mit Schreiben vom 11. Oktober 2022 (act. II 31) verneinte sie einen Anspruch auf berufliche Massnahmen. Auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 37) veranlasste die IVB bei Dr. med. C._____, Facharzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, eine psychiatrische Begutachtung (vgl. Gutachten vom 11. Juli 2023 [act. II 49.1]). Mit Vorbescheid vom 11. Oktober 2023 (act. II 53) stellte sie in Aussicht, mangels Gesundheitsschaden mit invalidisierender Wirkung einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu verneinen. Nachdem die Versicherte dagegen Einwand erhoben hatte (act. II 54, 56, 58 f.), holte die IVB weitere Stellungnahmen beim RAD vom 14. Februar 2024 (act. II 62) und 19. März 2024 (act. II 63) ein. Am 16. April 2024 (act. II 64) ersetzte und annullierte sie ihren Vorbescheid vom 11. Oktober 2023 und stellte bei in Anwendung der gemischten Methode (90 % Erwerb, 10 % Haushalt) errechneten Invaliditätsgraden von 9 % ab dem 1. Juni 2023 und 17 % ab dem 1. Januar 2024 die Abweisung eines Rentenanspruchs in Aussicht, wogegen die Versicherte abermals Einwand erhob (act. II 65, 67). Mit Verfügung vom 17. Juli 2024 (act. II 68) entschied die IVB wie im Vorbescheid vom 16. April 2024 in Aussicht gestellt.

B.

Mit Eingabe vom 4. September 2024 erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B._____, dagegen Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

- "1. In Gutheissung der Beschwerde sei die Verfügung der IV-Stelle vom 17. Juli 2024 aufzuheben und es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen zuzusprechen, insbesondere ab 1. Januar 2023 eine ganze IV-Rente und ab 1. Juni 2023 eine dem IV-Grad von 59 % entsprechende Rente.
2. Eventualiter sei die Verfügung der IV-Stelle vom 17. Juli 2024 aufzuheben und zur Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, namentlich durch Einholung eines pulmologischen Gutachtens und durch Einholung eines Berichts an Ort und Stelle (sog. Abklärungsbericht).
3. Der Beschwerdeführerin sei die ungeteilte unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und es sei die unterzeichnende Anwältin als unentgeltliche Rechtsvertreterin einzusetzen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge (inkl. MwSt)".

Mit Beschwerdeantwort vom 30. September 2024 schloss die IVB auf Abweisung der Beschwerde.

Am 13. Februar 2025 fand eine nichtöffentliche Urteilsberatung gemäss Art. 56 Abs. 5 bzw. 6 des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) i.V.m. Art. 37 Abs. 1 lit. b des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege (VRPG; BSG 155.21) statt.

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 GSOG 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 unter Berücksichtigung des Fristenstillstandes auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG i.V.m. Art. 38 Abs. 4 lit. b ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 VRPG; BSG 155.21) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 17. Juli 2024 (act. II 68). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

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

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

2.

2.1

2.1.1 Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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). Dabei ist dem

klaren Willen des Gesetzgebers gemäss Art. 7 Abs. 2 ATSG Rechnung zu tragen, wonach im Zuge einer objektivierten Betrachtungsweise von der grundsätzlichen "Validität" der versicherten Person auszugehen ist (BGE 141 V 281 E. 3.7.2 S. 295).

2.1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c).

2.2

2.2.1 In Anbetracht der sich mit Bezug auf Schmerzen naturgemäss ergebenden Beweisschwierigkeiten muss im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Leistungsprüfung verlangt werden, dass die subjektiven Schmerzangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind. Dabei müssen die Schmerzangaben zuverlässiger medizinischer Feststellung und Überprüfung zugänglich sein (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281). Sowohl bei Leiden, deren Ursache bekannt oder (bildgebend) zu objektivieren ist, als auch bei Beschwerden mit unklarer Ätiologie und Kausalität vermögen die subjektiven Angaben der versicherten Person eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht ohne Weiteres rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (BGE 140 V 290 E. 3.3.1 S. 296).

2.2.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer

Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221).

Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben tatsächlich eingehalten sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 141 V 281 E. 2.1.1 S. 285). Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, schliesslich anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

Die sachverständige Person schätzt das Leistungsvermögen anhand der einschlägigen Indikatoren ein. Die Rechtsanwender überprüfen die betreffenden Angaben frei, insbesondere dahin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben, das heisst, ob sie ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt haben, welche Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektivierter Grundlage erfolgt ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; BGE 141 V 281 E. 5.2.2 S. 307). Eine davon losgelöste Parallelüberprüfung "nach besserem juristischen Wissen und Gewissen" darf jedoch nicht stattfinden. Vielmehr ist im Rahmen der Beweiswürdigung zu fragen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch im Lichte der normativen Vorgaben widerspruchsfrei und schlüssig mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364, 144 V 50 E. 4.3 S. 54).

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

bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 180, 9C_540/2020 E. 2.3).

3.

3.1 In medizinischer Sicht ist den Akten im Wesentlichen das Folgenden zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. D._____, Fachärztin für Anästhesiologie, diagnostizierte im Bericht vom 6. September 2022 (act. II 27) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptomatik (ICD-10 F33.2; Erstdiagnose: 2016; S. 3 Ziff. 2.5). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine Adipositas Grad II, eine arterielle Hypertonie sowie ein Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose: April 2015; Ziff. 2.6). Bis zur depressiven Dekompensation im Herbst 2021 sei die Beschwerdeführerin selbstständig im ... (für eine ...-Firma) tätig gewesen. Aktuell sei sie aufgrund der schwergradigen depressiven Symptomatik nicht in der Lage, diese Tätigkeit auszuüben (S. 2 Ziff. 2.1 i.V.m. S. 4 Ziff. 3.1). Als Funktionseinschränkung bestehe vor allem eine Antriebs- und Konzentrationsstörung (Ziff. 3.4).

3.1.2 Dr. med. E._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, führte in der Aktenbeurteilung vom 6. Dezember 2022 (act. II 37) aus, aufgrund der Beurteilung im Rahmen einer interdisziplinären Fallbesprechung mit Dr. med. F._____, Praktischer Arzt vom RAD, könne festgehalten werden, dass die somatischen Befunde keine Einschränkungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auswiesen bzw. sich Hinweise auf einen eingeschränkten Leidensdruck fänden (keine orthopädische Betreuung gewünscht, Empfehlung der CPAP-Therapie bislang nicht umgesetzt). Die Depression werde nicht fachärztlich behandelt. Die Behandlerin Dr. med. D._____ beschreibe zwar eine schwere depressive Symptomatik im Psychostatus.

Dies wirke jedoch nicht überzeugend, da keine Option einer allfälligen Therapieoptimierung (fachärztliche psychiatrische Behandlung, stationäre resp. Tagesklinikbehandlung) diskutiert werde und sofort eine schlechte Arbeitsfähigkeitsprognose gestellt werde, obwohl ein Krankheitsbild vorliege, bei dem medizinisch-theoretisch eine Remission erwartet werden könne, was in der konkreten Anamnese der Beschwerdeführerin auch bereits erfolgt sei (erste depressive Phase 2016). Im Erstgespräch vom 28. Juli 2022 anlässlich der Früherfassung werde zwar ein deutlicher sozialer Rückzug beschrieben, was mit der Depression korrespondieren könne, andererseits sei der von der Beschwerdeführerin geäusserte Wunsch, einen ... im ...bereich zu eröffnen und diesen in den sozialen Medien zu verbreiten, nicht mit einer schweren depressiven Beeinträchtigung vereinbar. Die Arbeitsunfähigkeitsattestierung der Behandler sei nicht nachvollziehbar. Zudem liessen sich die Indikatoren (Leidensdruck, gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus) nicht nach der Aktenlage beurteilen. Eine psychiatrische Begutachtung sei erforderlich.

3.1.3 Dr. med. C._____ diagnostizierte im psychiatrischen Gutachten vom 11. Juli 2023 (act. II 49.1) eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; S. 41 Ziff. 6.3). Rein abgestützt auf den psychopathologischen Querschnittsbefund wäre das depressive Syndrom als leichtgradig einzuordnen, in Zusammenschau mit der Eigenanamnese sei eine mittelgradige depressive Episode schlüssig (S. 40 f. Ziff. 6.3). Die angegebenen Tätigkeiten als ... im Nebenamt ab 2006, als ... ab 2009 und anschliessend als selbstständigerwerbende ... eines ... seien aus psychiatrischer Sicht als optimal angepasst einzuschätzen. Sie würden der Beschwerdeführerin die Möglichkeit zur eigenen Einteilung der Zeit bieten. Es handle sich um leichte Tätigkeiten mit wenig bis gar keinem persönlichen Kontakt, was der Beschwerdeführerin entgegenkomme. Aufgrund der soziophobischen Ängste und der ängstlich-vermeidenden Grundhaltung seien Tätigkeiten mit schwierigem oder konfrontativem Publikumsverkehr ungeeignet. Bei den Tätigkeiten als ... und ... gebe es nur wenig bis gar keinen schwierigen Publikumsverkehr, ebenso wenig bei der Tätigkeit im Eine solche Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin 4.25 Stunden pro Tag ausüben. Aufgrund der mittelgradigen Depression seien das psychophysische Restleistungsvermögen vermindert, das

Bedürfnis nach Pausen erhöht sowie die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit auf neue Situationen eingeschränkt. Aus diesen Gründen sei eine vollzeitliche Tätigkeit nicht möglich. Während der besagten Anwesenheitszeit bestehe keine Einschränkung der Leistung. Die Arbeitsfähigkeit in den bisherigen Tätigkeiten betrage 50 % bezogen auf ein 100%-Pensum. Dies gelte mindestens seit der Begutachtung. Für die Zeit davor liege nur ein einziger Bericht von Dr. med. D._____ vom August 2022 vor, in welchem diese ein schweres depressive Syndrom, resultierend in einer Arbeitsunfähigkeit vom 100 %, beschreibe. Dieser Bericht sei in sich schlüssig. Somit sei es plausibel, dass im August 2022 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die angestammten Tätigkeiten bestanden habe. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass sich diese Arbeitsunfähigkeit langsam, aber kontinuierlich bis Juni 2023 (gutachterliche Exploration) auf eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gebessert habe. Detailliertere Angaben seien aufgrund fehlender Aktenlage nicht möglich. Möglicherweise könne die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin noch durch eine konsequente Behandlung des mittelschweren Schlafapnoesyndroms verbessert werden; dies sollte jedoch pulmologisch bewertet werden. Aus psychiatrischer Sicht könne gesagt werden, dass eine erhebliche negative Wechselwirkung zwischen einem relevanten unbehandelten Schlafapnoesyndrom und einer Depression bestehe und ein unbehandeltes erhebliches Schlafapnoesyndrom sich eindeutig negativ auf Letztere auswirke. Aus fachpsychiatrischer Sicht empfehle sich die Fortsetzung der ambulanten fachpsychiatrischen bzw. fachpsychosomatischen Behandlung. Aus medizintheoretischer Sicht sei durch eine konsequente Fortsetzung der Behandlung innerhalb von zwölf Monaten eine deutliche Besserung des depressiven Syndroms zu erwarten. Medizintheoretisch sei davon auszugehen, dass durch eine konsequente leitliniengerechte und störungsspezifische Behandlung die Arbeitsfähigkeit innerhalb eines Jahres auf 75 % bezogen auf ein Vollzeitpensum in der angestammten Tätigkeit verbessert werden könne (S. 44 ff. Ziff. 8).

3.1.4 Med. pract. G._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin vom RAD, diagnostizierte in der Aktenbeurteilung vom 14. Februar 2024 (act. II 62) eine funktionelle Einäugigkeit links bei rezidivierendem Herpes

corneae mit Ulzerationen und Hornhautnarben am rechten Auge sowie beginnendem Katarakt beidseits, ein rhagadiformes Handekzem beidseits seit ca. 30 Jahren unter lokaler Salbenbehandlung, teils steroidhaltig, sowie belastungsabhängige Knieschmerzen beidseits bei medialer Gonarthrose beidseits, konservativ behandelt ohne Physiotherapie. Als Nebendiagnosen bestünden gemäss Akten ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom, ab September bis November 2023 unregelmässige Maskenbeatmung, eine arterielle Hypertonie seit November 2017, medikamentös behandelt, ein Diabetes mellitus Typ II unter medikamentöser Behandlung, eine Dyslipidämie, medikamentös behandelt, eine Adipositas WHO-Grad II, Gewichtsabnahme in den letzten Monaten von 15 kg, sowie eine subklinische Hypothyreose seit November 2017 (S. 3 f.). Aufgrund von subjektiv beklagten belastungs- und bewegungsabhängigen Knieschmerzen beidseits habe die Hausärztin eine Röntgenuntersuchung der Knie im November 2019 veranlasst. Dabei sei eine Kniearthrose medial beidseits nachgewiesen worden (Röntgenbefund liege nicht vor). Die beklagte Knieproblematik beidseits lasse bis aktuell auf einen geringen Leidensdruck schliessen, zumal bis anhin weder spezialärztliche (orthopädische/rheumatologische) Abklärungen noch entsprechende Behandlungen noch Physiotherapie durchgeführt worden seien. Schlafmedizinisch-lungenärztlich sei am 15. Juni 2022 eine Abklärung bei Dr. med. H._____, Facharzt für Pneumologie sowie Allgemeine Innere Medizin, erfolgt. Schlafmedizinisch bestehe eine mittelschwere schlafbezogene Atemwegsverengung (Schlafapnoe-Syndrom). Die nächtliche Maskenbeatmung sei dringend empfohlen worden. Die Beschwerdeführerin habe sich damals nicht dazu entschliessen können. Im schlafmedizinischen Arztbericht vom 2. November 2022 habe Dr. med. H._____ festgestellt, dass bezüglich des Schlafapnoe-Syndroms keine Einschränkungen bestünden. Erst ab September 2023 führe die Beschwerdeführerin in Zusammenarbeit mit der Lungenliga eine nächtliche Maskenbeatmung durch. Dr. med. H._____ habe anlässlich der Geräteauswertung am 22. November 2023 festgehalten, dass die nächtliche Maskenatmung nur an zehn Tagen innerhalb von drei Monaten bis maximal zweieinhalb Stunden angewendet worden sei. Als Grund für die wenigen Anwendungstage habe die Beschwerdeführerin Platzangst angegeben. Für die Fortsetzung der CPAP-

Therapie sei sie entsprechend nicht motiviert gewesen (S. 4). Die weiteren internistischen Nebendiagnosen seien medikamentös behandelbar bzw. durch Gewichtsabnahme in den Übergewichts- bis Normalbereich besserbar. Die medizinischen Massnahmen seien bei Weitem nicht ausgeschöpft (z.B. regelmässige nächtliche Maskenbeatmung, Physiotherapie). Aufgrund der formulierten funktionellen Einschränkungen seien somatisch nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten in temperierten Räumen ganztags mit zusätzlicher Leistungsminderung bis maximal 10 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs zur regelmässigen Rückfettung der Hände möglich. Zur vermeiden seien Tätigkeiten mit Anforderungen ans Stereosehen, in feuchtem Klima, in Nässe und Kälte, in Kompostierungsanlagen, mit allergieauslösenden Substanzen, mit hautbelastenden Stoffen, vorwiegendes Stehen und Gehen, Zwangshaltungen, Arbeiten in gebückter Haltung, Hocken und Knien, Gehen auf unebenem Gelände, längeres Abwärtsgehen, Steigen auf Leitern und Gerüste sowie häufiges Treppensteigen (S. 5).

3.1.5 Dr. med. E. _____ vom RAD führte in der Aktenbeurteilung vom 19. März 2024 (act. II 63) aus, die versicherungsmedizinische Beurteilung des psychiatrischen Gutachters sei nicht hinreichend nachvollziehbar. Der Gutachter leite sie von seiner Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode ab. Er objektiviere nach seiner persönlichen Untersuchung jedoch eine allenfalls leichtgradige Depression. Weiterführende Beeinträchtigungen erhebe er explizit aus eigenanamnestischen, mithin subjektiven Angaben, was er selbst im Gutachten festhalte. Im Rahmen der Anhörung würden aus psychiatrischer Sicht keine neuen objektiven Befunde mitgeteilt, die nicht bereits im Gutachten gewürdigt worden seien. Die vorgebrachten somatischen Beschwerden sowie die Befunde in den somatischen Fachgebieten seien im Rahmen einer RAD-internen Zuweisung vom 14. Februar 2024 gewürdigt worden. Aus interdisziplinärer Sicht des RAD (somatisch-psychiatrisch) könne, da im psychiatrischen Gutachten kein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen sei, allein auf die somatische Beurteilung des RAD abgestellt werden. Demnach sei die angestammte Tätigkeit als ... wegen der Minderbelastung der Haut bei wiederholt rhagadiformem Handekzem beidseits nicht mehr

zumutbar. Unter den formulierten angepassten Bedingungen sei ein Pensum von 100 % mit einer Leistungsminderung von 10 % zumutbar (Arbeitsfähigkeit 90 %).

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

3.2.1 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).

3.2.2 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 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).

3.2.3 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. 8, 8C_268/2019 E. 3.2).

3.2.4 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. 133, 9C_651/2019 E. 4.3).

3.3 In somatischer Hinsicht erfüllt die RAD-Stellungnahme von med. pract. G._____ vom 14. Februar 2024 (act. II 62) die Voraussetzungen der Rechtsprechung an medizinische Berichte (E. 3.2 hiavor) und erbringt vollen Beweis. Dabei schadet es nicht, dass es sich um einen Aktenbericht handelt, konnte die RAD-Ärztin ihre Stellungnahme doch auf lückenlose und zeitnah erhobene Befunde abstellen, womit eine zusätzliche Untersuchung der Beschwerdeführerin durch den RAD oder einen Gutachter nicht erforderlich war (E. 3.2.4 hiavor). Mit dem RAD-Aktenbericht, welcher sich auf die Berichte der behandelnden Ärzte stützt, liegt eine überzeugende und schlüssige Beurteilung vor. Danach besteht eine dauerhafte funktionelle Einäugigkeit links bei rezidivierendem Herpesinfekt des rechten Auges mit wiederholten Hornhautdefekten und Vernarbungen unter antiviraler Dauermedikation sowie Minderbelastbarkeit der Haut bei wiederholt rhagadiformem Handekzem beidseits. Der Beschwerdeführerin sind aus somatischer Sicht nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten in temperierten Räumen ganztags mit zusätzlicher Leistungsminderung bis maximal 10 % aufgrund vermehrten Pausenbedarfs zur regelmässigen Rückfettung der Hände möglich. Zu vermeiden sind Tätigkeiten mit Anforderungen ans Stereosehen, in feuchtem Klima, in Nässe und Kälte, in Kompostierungsanlagen, mit allergieauslösenden Substanzen, mit hautbelastenden Stoffen, vorwiegendes Stehen und Gehen, Zwangshaltungen, Arbeiten in gebückter Haltung, Hocken und Knien, Gehen auf unebenem Gelände, längeres

Abwärtsgehen, Steigen auf Leitern und Gerüste sowie häufiges Treppensteigen (act. II 62/5).

Die RAD-Einschätzung betreffend den somatischen Gesundheitszustand wird – anders als noch im Vorbescheidverfahren (act. II 54/3 f., 56/1, 58/1, 65/2, 67/1 f.) – im Beschwerdeverfahren zu Recht nicht mehr bzw. nur noch in Bezug auf das Schlafapnoesyndrom kritisiert. Das Letztere betreffend ergibt sich das Folgende: Erstmals wurde im Bericht vom 16. Juni 2022 vom behandelnden Pneumologen Dr. med. H._____ ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert, ein Epworth-Schläfrigkeitsskalenwert (ESS) von 5 von 24 am 15. Juni 2022 festgestellt und eine CPAP-Therapie empfohlen (act. II 21/2). Im November 2022 hielt Dr. med. H._____ fest, dass gegenwärtig keine Therapie stattfindet und das Schlafapnoesyndrom keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit habe; Dr. med. H._____ erneuerte die Empfehlung zur CPAP-Therapie (act. II 33/2 ff. Ziff. 1.3, 2.6 ff.). Die Beschwerdeführerin weigerte sich über ein Jahr lang überhaupt, die empfohlene CPAP-Therapie in Anspruch zu nehmen (15. Juni 2022 [act. II 21/2] bis September 2023 [act. II 54/3]), führte diese danach nur in sehr ungenügender Masse durch und brach schliesslich bei nicht mehr feststellbaren Atemaussetzern die Therapie eigenständig ab (act. II 54/3, 58/1, 59/2). Damit ist erstellt, dass das Schlafapnoesyndrom auch ohne spezifische Behandlung keine Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat, zumal erst ein ESS-Wert von > 10 klinisch auffällig ist (<www.springermedizin.de/emedpedia/detail/enzyklopaedie-der-schlafmedizin/epworth-schlaefrigkeitsskala?epediaDoi=10.1007%2F978-3-642-54672-3_257>). Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt aus somatischer Hinsicht hinreichend abgeklärt und von weiteren medizinischen Abklärungen insbesondere dem beantragten pulmonologischen Gutachten (vgl. Beschwerde S. 2, Antrag 2 sowie S. 10 f. Ziff. 24) sind keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, sodass darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 162, 9C_296/2018 E. 4).

3.4 Das psychiatrische Gutachten des Dr. med. C._____ vom 11. Juli 2023 (act. II 49.1) überzeugt und es erfüllt – jedenfalls was Befunderhebung und Diagnosestellung betrifft – die Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. E. 3.2 hiervor), weshalb insoweit darauf abzustellen ist. Die Feststellungen des Gutachters beruhen auf eigenen spezialärztlichen Abklärungen und persönlichen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten (act. II 49.1/5 ff. Ziff. 2) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Dass Dr. med. C._____ – obwohl seiner Beurteilung nach rein abgestützt auf den psychopathologischen Querschnittsbefund das depressive Syndrom als leichtgradig einzuordnen wäre – in Zusammenschau mit der Eigenanamnese eine mittelgradige Episode einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostizierte (act. II 49.1/37 ff. Ziff. 6.3), ändert an der grundsätzlichen Beweiskraft nichts, zumal es invalidenversicherungsrechtlich nicht auf die (genaue) Diagnose ankommt, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] 9C_867/2018 vom 28. Mai 2019 E. 5.2.1; vgl. diesbezüglich E. 4 hiernach). Weiter hat der Gutachter bezüglich der gutachterlich bestätigten Ängste ausführlich dargelegt, dass die Voraussetzungen für eine eigenständige Diagnose in Form der generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1), der Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) sowie Agoraphobie (ICD-10 F40.0) nicht erfüllt sind und es am sachgerechtesten ist, die vorhandenen Ängste unter der Diagnose einer Depression zu subsumieren (act. II 49.1/40 Ziff. 6.3). Damit ist erstellt, dass neben einer depressiven Störung im vorliegenden Fall keine weitere psychiatrische Diagnose besteht (vgl. auch Beschwerdeantwort S. 3 Ziff. 8). Ob Dr. med. C._____ im Lichte von BGE 148 V 49 E. 6.2.1 S. 54 nachvollziehbar aufgezeigt hat, dass, inwiefern und inwieweit wegen der von ihm erhobenen Befunde trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und guter Therapiebarkeit im einzelnen Leistungseinschränkungen resultieren (erhöhtes Bedürfnis nach Pausen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit eingeschränkt; act. II 49.1/45 Ziff. 8), kann mit Hinweis auf das Ergebnis der Indikatorenprüfung (vgl. E. 4.5 hiernach) offen gelassen werden.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob anhand des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 der psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % im angestammten wie in einer leidensangepassten Tätigkeit auch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast hierfür trägt (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Die Beschwerdegegnerin ist in der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2024 (act. II 68) nach Prüfung der psychischen Beeinträchtigungen anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 zum Schluss gelangt, diese seien nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt; sie hat daher das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens verneint und in der Folge die Invaliditätsbemessung lediglich gestützt auf die somatisch bedingten Einschränkungen vorgenommen. Hiergegen erhebt die Beschwerdeführerin den Vorwurf, die Beschwerdegegnerin habe den Grundsatz des Verbots einer Parallelprüfung (vgl. E. 2.2.2 hiavor) verletzt indem sie eine unzulässige juristische Parallelprüfung vorgenommen habe (vgl. Beschwerde S. 6 ff. Ziff. 10 ff.).

Rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar. Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert gänzlich einbüsste. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Entscheid des BGer 8C_147/2020 vom 21. April 2020 E. 5.2 mit Hinweisen). Vorliegend lässt sich die gutach-

terlich angenommene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Lichte der dazu gemachten Ausführungen zu den Standardindikatoren nicht ohne weiteres nachvollziehen. Ebenso besteht auch ansonsten keine einhellige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, weshalb eine Überprüfung der Beweisthemen aus juristischer Sicht vorliegend statthaft und angezeigt war bzw. ist. Zu klären ist damit die Relevanz der gutachterlich erhobenen psychischen Störung aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht und dabei insbesondere die Massgeblichkeit der gutachterlich attestierten psychischen Einschränkung in rechtlicher Hinsicht.

4.2 Ausschlussgründe (BGE 141 V 281 E. 2.2 und 2.2.1 S. 287; SVR 2021 IV Nr. 76 S. 256, 8C_165/2021 E. 4.2.1) wurden im psychiatrischen Gutachten nicht beschrieben. Insbesondere wurden sowohl Hinweise auf eine Aggravation als auch eine Simulation gutachterlich verneint (act. II 49.1/37 Ziff. 6.2). Einzig wurde, was denn unter den Parteien zu Recht unbestritten blieb, vom Gutachter dahingehend eine Inkonsistenz gesehen, dass trotz der von der Beschwerdeführerin berichteten ausgeprägten Symptomatik und dem Leidensdruck bisher keine teilstationäre oder stationäre Behandlung stattgefunden hat, obwohl es diesbezüglich keine objektiven Hinderungsgründe gebe (act. II 49.1/37 Ziff. 6.2). Dieses Verhalten stellt jedoch kein Ausschlussgrund dar. Die Prüfung der ersten Ebene schliesst damit einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nicht aus, womit auf der zweiten Ebene anhand der Standardindikatoren die ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens zu prüfen ist.

4.3 Zu prüfen sind zunächst die einzelnen Komplexe der Kategorie "funktioneller Schweregrad" (BGE 141 V 281 E. 4.3 S. 298 ff.).

4.3.1 Mit Bezug auf den Komplex "Gesundheitsschädigung" (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 ff.) ergibt sich das Folgende:

4.3.1.1 Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1 S. 298 f.). Wie der Gutachter zu Recht feststellte, ist

gestützt auf den psychopathologischen Querschnittsbefund das depressive Syndrom als leichtgradig einzuordnen (act. II 49.1./40 Ziff. 6.3). Zweifel bestehen, soweit er alsdann unter zusätzlicher Berücksichtigung der Eigenanamnese eine mittelgradige depressive Episode diagnostizierte, zumal er beim psychopathologischen Befund gewisse Funktionen, namentlich die Konzentration, die Denkabläufe (Grübeln) und den Antrieb als unauffällig befundete, dies im Kontrast zur Eigenanamnese, die er offenbar massgeblich berücksichtigte bei der Beurteilung des Schweregrads (act. II 49.1/33 Ziff. 4.3), und er aufgrund des psychopathologischen Querschnittbefundes die Depression lediglich als leichtgradig erachtet (act. II 49.1/40 Ziff. 6.3). Die Frage braucht aber nicht abschliessend beantwortet werden. Bei einer gemäss den objektiven Befunden lediglich leichtgradigen und selbst gestützt auf die eigenanamnestischen Angaben maximal mittelgradigen depressiven Episode bestehen keine Anhaltspunkte für eine schwerere Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, als sie der gestellten Diagnose bereits inhärent sind (vgl. etwa Entscheid des BGer 9C_755/2018 vom 9. Mai 2019 E. 4.2.1 mit Hinweis auf BGE 143 V 418 E. 5.2.2 S. 425). Zudem ist einzig entscheidend, welche Auswirkung die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung auf die Arbeitsfähigkeit hat (vgl. bereits E. 3.4 hiavor).

4.3.1.2 Sodann ist auf den Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder die -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f). Eine krankheitsbedingte Behandlungs- und/oder Eingliederungsresistenz ist nicht ausgewiesen, zumal der Gutachter ausdrücklich feststellte, es würden noch weitere erfolgversprechende Behandlungsoptionen bestehen und von der konsequenten Fortsetzung der Behandlung sei innerhalb von zwölf Monaten eine deutliche Besserung des depressiven Syndroms zu erwarten mit einer Arbeitsfähigkeit von 75 % (act. II 49.1/43 f. Ziff. 7.,2, 49.1/47 f. Ziff. 8). Das diesbezügliche Vorbringen der Beschwerdeführerin in Bezug auf die gutachterlich empfohlene stationäre bzw. teilstationäre Behandlung, wonach sie ihre ... nicht allein lassen könne und sich davor fürchte, von zuhause wegzumüssen und sich in der Klinik mit ihr unbekanntem Leuten umgehen zu müssen (Beschwerde S. 9 Ziff. 21), überzeugt nicht. Des

Weiteren nimmt die Beschwerdeführer sehr niederschwellig (maximal alle 14 Tage [vgl. etwa act. II 49.1/29, 69/29]) bei Dr. med. D._____ Therapiegespräche in Anspruch. Dies ist jedoch insoweit zu relativieren, als die Beschwerdeführerin mehrere Therapiesitzungen bei ihr ausfallen liess und sich überhaupt erst mit der Einreichung der Leistungsanmeldung wieder in Therapie begab (act. II 27/2 Ziff. 1.1, 49.1/16 Ziff. 3.2). Rechtsprechungsgemäss gilt denn auch eine rund zweiwöchentliche Therapiefrequenz für eine konsequente Depressionstherapie als ungenügend (vgl. auch in BGE 143 V 66 nicht publizierte E. 5.3.2 des Entscheides des BGer vom 3. April 2017, 8C_814/2016). Schliesslich kann offen gelassen werden, ob es sich bei den von Dr. med. D._____ durchgeführten Behandlungen um fachärztliche psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen handelt, verfügt sie als Fachärztin für Anästhesiologie doch nicht über die vorliegend erforderliche fachärztliche psychiatrische Qualifikation (vgl. Medizinalberuferegister MedReg [www.medregom.admin.ch]). Daran ändert der Umstand, dass sie über diverse privatrechtliche psychiatrische Weiterbildungen verfügt, nichts (vgl. Urteile des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern IV 200 2012 524 vom 17. Oktober 2012 E. 4.2.2 und IV 200 2012 122 vom 18. September 2012 E. 4.1.3).

Berufliche Eingliederungsmassnahmen wurden bisher keine durchgeführt (act. II 120), wären indes angesichts der ausdrücklichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin (act. II 23/4, act. II 49.1/22 Ziff. 3.2; vgl. auch Protokoll per 30. September 2024, Eintrag vom 3. Oktober 2022 [in den Gerichtsakten]) nicht aussichtsreich.

4.3.1.3 Was den Indikator "Komorbiditäten" anbelangt (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3, S. 300 ff.), wurden im Gutachten "gravierende" psychische Komorbiditäten verneint (act. II 49.1/44 Ziff. 7.2). Auch ist vorliegend das Vorhandensein von Komorbiditäten in Bezug auf das Schlafapnoesyndrom gestützt auf die unter E. 3.4 hiervoor getätigten Ausführungen, insbesondere dass die Beschwerdeführerin die diesbezüglichen Therapiemassnahmen zuerst verweigerte, danach nur ungenügend anwendete und schliesslich bei nicht mehr feststellbaren Atemaussetzern abbrach, zu verneinen.

4.3.2 Betreffend den Komplex "Persönlichkeit" (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) lagen gemäss gutachterlicher Einschätzung keine "sicheren" Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung vor (act. II 49.1/39 Ziff. 6.3) und es wurde das Vorliegen einer solchen verneint (act. II 49.1/44 Ziff. 7.2). Zudem wurden anlässlich der gutachterlichen Exploration weitgehend intakte Ressourcen beschrieben. So bestünden bei der Beschwerdeführerin eine gute Kommunikationsfähigkeit, eine abgeschlossene Berufsausbildung und bis zur Geburt der Tochter eine erfolgreiche Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. An weiteren Ressourcen bestehe eine stabile soziale Situation; die Beschwerdeführerin habe keine Schulden, keine besonderen Belastungsfaktoren wie Gerichtsprozesse, Beteiligungen oder pflegebedürftige Angehörige. Den Kontakt zu Sohn und Tochter beschreibe sie als gut (act. II 49.1/43 Ziff. 7.2).

4.3.3 Bezüglich dem Komplex "Sozialer Kontext" (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung an, schon früher Beschäftigungen ohne viele Kontakte gesucht zu haben und die Beziehung zu den Eltern sei aufgrund der unaufgearbeiteten Vergangenheit reduziert (act. II 49.1/17 ff. Ziff. 3.2, 49.1/26 Ziff. 3.2, 49.1/34 f. Ziff. 6.1). Diese reduzierten, aber doch regelmässigen (act. II 49.1/19 Ziff. 3.2) Kontakte, mithin das soziale Umfeld, sind somit vorbestehend und entgegen dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 8 f. Ziff. 19) nicht aufgrund der aktuellen gesundheitlichen Situation eingeschränkt. Das Gleiche ergibt sich im Zusammenhang mit dem Kontaktabbruch zu den übrigen Geschwistern. Allerdings hat die Beschwerdeführerin regelmässigen Kontakt zu ihren Kindern (act. II 49.1/16 und 49.1/26 jeweils Ziff. 3.2), zu den Nachbarn (act. II 49.1/28 Ziff. 3.2) und seit Februar/März 2023 wieder zu einer ehemaligen Freundin (act. II 49.1/26 Ziff. 3.2). Sie verfügt damit weiterhin über verschiedene, wenn auch (jedoch nicht invaliditätsbedingt) reduzierte, persönliche, familiäre und therapeutische Ressourcen, welche im Rahmen der Indikatorenprüfung zu berücksichtigen sind (Entscheid des BGer 9C_194/2018 vom 4. Juni 2018 E. 5.2).

4.4 Beweisrechtlich entscheidend ist die Kategorie "Konsistenz". Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4. S. 303).

4.4.1 Bezüglich des Indikators "gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen" (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ergibt sich aus den Akten das Folgende: Die Beschwerdeführerin kümmert sich um ihre ... und ..., bereitet ihre Mahlzeiten selber zu, verbringt Zeit im Internet, hütet die Nachbarskinder, pflegt Kontakt zu den Nachbarn, Eltern, Kindern und zu einer Freundin, ..., ..., hilft auf dem ... aus (Kontrolle des ...- und ..., Versorgen des ... und der ...), fährt mit dem Auto zum Einkaufen und Arztterminen, zu den Eltern und holt damit den Sohn für Besuche bei sich ab (act. II 49.1/11 ff.. Ziff. 3.2 und 6.2). Insgesamt weist die Beschwerdeführerin zwar einen reduzierten, aber selbstständig strukturierten Alltag auf. Auch wenn das Aktivitätenniveau im Alltag grundsätzlich nicht im Widerspruch zur gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu stehen scheint, zumal gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung auch bei einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ein bestimmtes Mass an (Freizeit)Aktivität zulässig ist (vgl. Entscheid des BGer 9C_765/2019 vom 11. Mai 2020 E. 4.4.3), kontrastiert es doch erheblich mit der subjektiv empfundenen bzw. angegebenen dauerhaften vollständigen Arbeitsunfähigkeit (vgl. auch E. 4.3.1.2 hiervor). Schliesslich ist bezüglich der gutachterlich beschriebenen Dekonditionierung (act. II 49.1/43) festzuhalten, dass eine solche kein in der Invalidenversicherung versichertes Risiko darstellt (Entscheid des BGer 9C_755/2020 vom 8. März 2021 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen), sodass eine darauf zurückzuführende Einschränkung der Alltagsaktivität im Rahmen der Konsistenz auszuklammern ist.

4.4.2 Was den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck und in diesem Zusammenhang die therapeutischen Optionen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) angeht, ist festzuhalten, dass bisher keine fachärztlich psychiatrische Behandlung stattfand (vgl. E. 4.3.1.2 hiervor). So oder anders ist aufgrund der nicht einmal alle zwei Wochen bei Dr. med. D._____ stattfindenden einstündigen Konsultationen (vgl. etwa act. II 27/2 Ziff. 1.1, 49.1/29 Ziff.

3.2), die erst im Zeitpunkt der Leistungsanmeldung aufgenommen wurden und daher ohnehin nicht mehr als Ausdruck des Leidensdrucks gewertet werden können (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304), sowie der zeitlich nicht näher umschriebenen Besuche bei der Hausärztin (vgl. act. II 49.1/29 f. Ziff. 3.2) kein krankheitsbedingt grosser Leidensdruck ausgewiesen, zumal auch die Therapieoptionen bei weitem nicht ausgeschöpft sind (act. II 49.1/43 f. Ziff. 7.2) und die Beschwerdeführerin bereits Therapiesitzungen hat ausfallen lassen (act. II 49.1/16 Ziff. 3.2). Gerade aber der Umfang der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen bildet ein Indiz für das Bestehen bzw. das Ausmass eines tatsächlichen Leidensdrucks (SVR 2016 IV Nr. 56, 9C_296/2016 E. 4.1.2), wobei die von der Beschwerdeführerin bislang wahrgenommenen therapeutischen Optionen und insbesondere die nicht höhere Therapiefrequenz jedenfalls nicht für einen grossen Leidensdruck sprechen (vgl. Entscheid des BGer 8C_206/2019 vom 31. Juli 2019, E. 7.2.3).

4.5 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren des strukturierten Beweisverfahrens nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Daher kann auf die psychiatrisch attestierte Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht abgestellt werden, sondern es ist von einer vollständigen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht auszugehen. Für die Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitsschadens (vgl. E. 6 hiernach) sind lediglich die somatischen Einschränkungen zu berücksichtigen, d.h. es ist bezogen auf ein Vollzeitpensum von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 90 % auszugehen.

5.

5.1 Sowohl im Rahmen einer erstmaligen Prüfung des Rentenanspruchs als auch anlässlich einer Rentenrevision stellt sich unter dem Gesichtspunkt von Art. 8 ATSG die Frage nach der anwendbaren Invaliditätsbemessungsmethode, welche sich aus dem Status ergibt. Dieser bestimmt sich nach Art. 24^{septies} Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die

Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) nach den erwerblichen Verhältnissen, in denen sich die versicherte Person befinden würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Gemäss Art. 24^{septies} Abs. 2 IVV gilt eine versicherte Person als erwerbstätig nach Art. 28a Abs. 1 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von 100 % oder mehr entspricht (lit. a). Die versicherte Person gilt als teilerwerbstätig nach Art. 28a Abs. 3 IVG, wenn sie im Gesundheitsfall eine Erwerbstätigkeit ausüben würde, die einem Beschäftigungsgrad von weniger als 100 % entspricht (lit. c).

5.2 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von einem Status von 90 % Erwerbstätigkeit und 10 % Haushalt aus (act. II 68/4), was von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet wird. Ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall tatsächlich zu 90 % erwerbstätig wäre, erscheint fraglich. Bereits vor Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens war sie über Jahre hinweg nur in einem sehr bescheidenen Umfang erwerbstätig (ca. 20 %; vgl. etwa act. II 6/2, 19, 22), dies auch nach dem Auszug des Ehemannes, der erfolgten Scheidung und dem Ende der Betreuungspflichten gegenüber den Kindern (vgl. hierzu die Aussagen der Beschwerdeführerin, sie hätte davor wegen der ... des Sohnes nicht bzw. nicht höherprozentig erwerbstätig sein können; vgl. etwa act. II 49.1/20 und 49.1/26 jeweils E. 3.2). Aufgrund des Resultats (vgl. E. 6.6 hiernach) erübrigen sich jedoch diesbezügliche Weiterungen. In der Folge ist der Invaliditätsgrad zu Gunsten der Beschwerdeführerin in Anwendung der gemischten Methode bei einem Status 90 % Erwerbstätigkeit und 10 % Haushalt zu ermitteln.

6.

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

im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen.

6.2 Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Massgabe der Einkommensvergleichsmethode wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

6.2.1 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens (Art. 26 Abs. 1 Satz 1 IVV). Kann das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden, so wird das Einkommen ohne Invalidität nach statistischen Werten nach Art. 25 Abs. 3 IVV für eine Person bei gleicher Ausbildung und entsprechenden beruflichen Verhältnissen festgelegt (Art. 26 Abs. 4 IVV).

6.2.2 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10 % für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültig gewesenen Fassung). Per 1. Januar 2024 hat sich dahingehend eine Veränderung ergeben, als dass vom statistisch

bestimmten Wert nach Abs. 2 pauschal 10 % abgezogen werden. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50 % oder weniger tätig sein, so werden 20 % abgezogen. Weitere Abzüge sind nicht zulässig (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

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

6.4 Soweit die Vergleichseinkommen betreffend, ergibt sich für die Zeit vom 1. Dezember 2022 bis zum 31. Dezember 2023 im Wesentlichen das Folgende:

6.4.1 Die Beschwerdegegnerin hat das Valideneinkommen gestützt auf statistische Werten bestimmt, was nicht zu beanstanden ist und von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht bemängelt wird, zumal das Einkommen im Gesundheitsfall aufgrund von immer wieder wechselnden Arbeitgebern, Zeiten mit mehreren Arbeitgebern zeitgleich, längeren Perioden von Erwerbslosigkeit, Zeiten mit stark schwankenden Einkommen, Tätigkeiten

in verschiedenen Branchen und zuletzt einer nur kurzen Zeit der Selbstständigkeit nicht hinreichend genau bestimmt werden kann (vgl. auch E. 6.2.1 hiervor sowie u.a. act. II 6, 19). Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf den Totalwert der Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2022, Frauen, Kompetenzniveau 1 abgestellt. Das Abstellen auf ein höheres Kompetenzniveau rechtfertigt sich nicht, zumal der Beschwerdeführerin seit über 30 Jahren (act. II 6/2) und damit invaliditätsfremd nicht mehr im angestammten Beruf tätig ist. Gemäss dem besagten Tabellenwert verdienten Frauen im Jahr 2022 ein monatliches Einkommen von Fr. 4'367.--.

6.4.2 Soweit das Invalideneinkommen betreffend, verwertete die Beschwerdeführerin in der besagten Zeit ihre Restarbeitsfähigkeit von 90 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit nicht, weshalb dieses ebenfalls aufgrund statistischer Werte zu bestimmen ist (vgl. statt vieler Entscheid des BGer 8C_5/2020 vom 22. April 2020 E. 5.1). Dabei ist wie bereits beim Valideneinkommen (E. 6.4.1 hiervor) auf den geschlechtsspezifischen Totalwert von Fr. 4'367.-- abzustellen, was insoweit von den Parteien zu Recht nicht bestritten wird. Damit sind sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, sodass sich deren genaue Ermittlung erübrigt und der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit entspricht, unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (BGE 148 V 321 nicht publizierte E. 6.2 des Entscheides des BGer 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022).

Die Beschwerdegegnerin gewährte keinen Abzug vom Tabellenlohn, was nicht zu beanstanden ist. Gemäss Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in der bis 31. Dezember 2023 gültigen Fassung erfolgte ein Abzug von 10 % für Teilzeitarbeit nur, soweit die versicherte Person aufgrund der Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit von 50 % oder weniger tätig sein konnte, was vorliegend nicht der Fall ist. Ein leidensbedingter Abzug vom lohnstatistisch ermittelten Invalideneinkommen ist vorliegend nicht angezeigt (vgl. dazu IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] Nr. 445 vom 26. August 2024; Entscheid des BGer 8C_823/2023 vom 8. Juli 2024 [zur Publikation vorgesehen]). Die gesundheitlichen Einschränkungen wurden allesamt im Zumutbarkeitsprofil

sowie bei der Festlegung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von mindestens 90 % genügend berücksichtigt und dürfen nicht ein weiteres Mal angerechnet werden (vgl. E. 6.2.2 hiervor), was denn zu Recht von der Beschwerdeführerin nicht beantragt wird. Die übrigen Einzelfallkriterien (Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) rechtfertigen vorliegend ebenfalls keinen Abzug, da, wenn sowohl Validen- als auch Invalideneinkommen aufgrund der LSE-Zahlen bestimmt werden, beide Vergleichseinkommen auf statistischen Grössen beruhen, und deshalb diese Einzelfallkriterien bei beiden Einkommen zu berücksichtigen wären (Entscheid des BGer 8C_42/2008 vom 19. Januar 2009 E. 5).

6.4.3 Aufgrund des Dargelegten resultiert vom 1. Dezember 2022 bis zum 31. Dezember 2023 ein Invaliditätsgrad von 10 %. Bei einem Erwerbsanteil von mindestens 90 % (vgl. E. 5.2 hiervor) resultiert ein gewichteter Invaliditätsgrad im Erwerb von höchstens 9 % (10 % x 90 %).

6.5 Am 1. Januar 2024 trat der geänderte Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV in Kraft, wonach vom statistisch bestimmten Wert nach Abs. 2 pauschal 10 % abgezogen werden (E. 6.3 hiervor). In der Folge wird per 1. Januar 2024 ein weiterer Einkommensvergleich vorgenommen.

Wie bereits für die Zeit ab 1. Dezember 2022 bis 31. Dezember 2023 ist auch für die Zeit ab 1. Januar 2024 sowohl das Validen- wie auch das Invalideneinkommen aufgrund statistischer Zahlen, im konkreten aufgrund des gleichen Tabellenlohns, zu bestimmen. In analoger Anwendung des bereits unter E. 6.4. hiervor Dargelegten und unter Berücksichtigung des seit 1. Januar 2024 revidierten Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV vorzunehmenden Pauschalabzugs von 10 % resultiert ein Invaliditätsgrad von 19 % (100 % – [90 % x 90 %]) bzw. ein gewichteter Invaliditätsgrad im Erwerb von höchstens 17.1 % (90 % – [81 % x 90 %]).

6.6 Soweit den Aufgabenbereich Haushalt betreffend, ist der Beschwerdeführerin aufgrund des im vorliegenden Fall massgebenden (somatischen) medizinischen Zumutbarkeitsprofils (vgl. etwa E. 3.3) die Erledigung ihres Einpersonenhaushalts insbesondere die in der seit dem 1. Juli 2019 bewohnten Zweizimmerwohnung (act. II 69/26) anfallenden

Haushaltsarbeiten ohne weiteres zumutbar. Entsprechende Einschränkungen aus somatischer Sicht werden denn auch nicht geltend gemacht und dahingehende Hinweise hierfür sind den Akten denn auch nicht zu entnehmen. Der diesbezügliche Eventualantrag der Beschwerdeführerin, es sei eine Abklärung vor Ort und Stelle durchzuführen (Beschwerde S. 2 Antrag 2), d.h. eine sogenannte Haushaltsabklärung, wird denn auch in keiner Weise näher erläutert. Auf eine solche Abklärung kann aufgrund des hiervor Gesagten in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. E. 3.3. hiervor) verzichtet werden. So oder anders würde sich am Resultat nichts ändern. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Erhebung der Einschränkungen im Haushaltsbereich, da auch bei vollständiger Einschränkung kein Invaliditätsgrad von 40 % erreicht würde (act. II 64/4, 68/3). Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden (vgl. Rz. 3042 des Kreisschreibens des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]). Bei einem Status von mindestens 90 % im Erwerb sowie maximal 10 % im Haushalt und im Erwerb resultierenden Invaliditätsgraden von Dezember 2022 bis zum 31. Dezember 2023 von 9 % bzw. von 17.1 % ab 1. Januar 2024 resultierte selbst bei vollständiger Einschränkung im Haushalt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 %.

7.

Aufgrund des Dargelegten ist die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 17. Juli 2024 (act. II 68) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

8.

8.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin – vorbehältlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege – zur Bezahlung auferlegt.

8.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

8.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

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

8.3.2 Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin ist aufgrund der eingereichten Unterlagen (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3 ff.) ausgewiesen, das Verfahren kann nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Notwendigkeit einer Rechtsverteidigung ist zu bejahen. Demnach ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B._____ als amtliche Anwältin gutzuheissen.

8.4 Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin B._____.

Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die

Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit Kostennote vom 10. Oktober 2024 macht Rechtsanwältin B. _____ ein Honorar von Fr. 2'924.10 (10.83 Stunden à Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 58.20 und MWST von 241.55 (8.1 % von Fr. 2'982.30), total Fr. 3'223.85 geltend, was nicht zu beanstanden ist. Folglich wird der tarifmässige Parteikostenersatz für dieses Verfahren auf Fr. 3'223.85 festgesetzt. Davon ist Rechtsanwältin B. _____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'166.-- (10.83 Stunden à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 58.20 und MWST von Fr. 180.15 (8.1 % von Fr. 2'224.20), total somit eine Entschädigung von Fr. 2'404.35 auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwalt B. _____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der

Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.

4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Der tarifmässige Parteikostenersatz des amtlichen Anwalts wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'223.85 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'404.35 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin lic. iur. B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Die Kammerpräsidentin:

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