

200 21 227 IV  
ACT/TOZ/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. Januar 2022**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Knapp  
Gerichtsschreiberin Tomic

**A.** \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. Februar 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1990 geborene A.\_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2011 unter Hinweis auf eine Angststörung und eine somatoforme, autonome Funktionsstörung bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Antwortbeilagen [AB] der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin] 2). Nachdem ihr eine erstmalige berufliche Ausbildung zur ... zugesprochen worden war (AB 24), sie diese Ausbildung erfolgreich abgeschlossen und eine Stelle als ... angetreten hatte (AB 44 S. 1), verneinte die IV-Stelle Solothurn mit Verfügung vom 20. Mai 2016 (AB 46) den Anspruch auf weitere Leistungen, was unangefochten blieb.

Im November 2017 meldete sich die Versicherte wegen einer Depression und einer Angststörung erneut zum Leistungsbezug an (AB 48). Die nunmehr zuständige IVB veranlasste ein Belastbarkeitstraining (AB 147) und eine polydisziplinäre Begutachtung durch die C.\_\_\_\_\_ (MEDAS) (Expertise vom 3. September 2020; AB 195.1 bis 195.5). Zuvor wurde die Versicherte - unter Hinweis auf die Säumnisfolgen - mehrmals zur Mitwirkung hinsichtlich der Suchtmittelabstinenz aufgefordert (AB 149, 158). Mit Vorbescheid vom 6. November 2020 (AB 203) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 3 % die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht. Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 9. Dezember 2020 (AB 206) fest und verfügte am 15. Februar 2021 wie im Vorbescheid vorgesehen (AB 208).

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B.\_\_\_\_\_, am 18. März 2021 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung sowie die Zusprache einer Invalidenrente.

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Mai 2021 beantragte die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei insofern gutzuheissen, als der Beschwerdeführerin vom 1. Juni 2018 bis 30. September 2020 eine befristete halbe Invalidenrente zuzusprechen sei. Des Weiteren sei die Beschwerde abzuweisen. Bezüglich Eingliederungsmassnahmen sei auf die Beschwerde nicht einzutreten.

Mit Replik vom 28. Juni 2021 und Duplik vom 20. August 2021 hielten die Parteien an ihren Anträgen fest.

Am 8. September 2021 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von lic. phil. D. \_\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, vom 1. September 2021 (Beschwerdebeilagen [BB] 4) 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-

ungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde grundsätzlich (vgl. E. 1.2 hiernach) einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 15. Februar 2021 (AB 208). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente. Soweit die Beschwerdeführerin um berufliche Massnahmen ersuchen sollte (vgl. Replik, S. 2), bewegt sie sich ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1 S. 164; SVR 2011 UV Nr. 4 S. 13 E. 2.1), weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten 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.**

Am 1. Januar 2022 ist die Änderung vom 19. Juni 2020 des IVG (Weiterentwicklung der IV; AS 2021 705) in Kraft getreten. Weil in zeitlicher Hinsicht - vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen - grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich sind, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1 S. 370, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213) und die angefochtene Verfügung vor dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

### **2.1**

**2.1.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Er-

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

**2.1.2** 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).

**2.1.3** Fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Abhängigkeitssyndromen bzw. Substanzkonsumstörungen kann nicht zum vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden. Vielmehr ist - gleich wie bei allen anderen psychischen Erkrankungen - nach dem strukturierten Beweisverfahren zu ermitteln, ob und gegebenenfalls inwieweit sich ein fachärztlich diagnostiziertes Abhängigkeitssyndrom im Einzelfall auf die Arbeitsfähigkeit der versicherten Person auswirkt (BGE 145 V 215 E. 5.3.3 S. 226 und E. 7 S. 228).

**2.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente,

wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** Für die Bestimmung des IV-Grades 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).

**2.4** Um den IV-Grad 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 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

## **2.5**

**2.5.1** Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, so ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen IV-Grades 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). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 S. 121 E. 2).

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

**2.5.3** Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den IV-Grad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren - analog zur Rentenrevision nach aArt. 17 Abs. 1 ATSG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen und hier anwendbaren Fassung) - 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).

**2.5.4** Liegt eine erhebliche Änderung des Sachverhalts vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht allseitig, d.h. unter Berücksichtigung des gesamten für die Leistungsberechtigung ausschlaggebenden Tatsachenspektrums neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 11, 117 V 198 E. 4b S. 200; SVR 2019 IV Nr. 39 S. 124 E. 5).

### **3.**

**3.1** Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom 1. November 2017 (AB 48) eingetreten und hat den Leistungsanspruch materiell geprüft. Folglich ist die Eintretensfrage - da nicht streitig - vom Gericht nicht zu beurteilen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114). Indes ist zu prüfen, ob im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der Verfügung vom 20. Mai 2016 (AB 46) und der hier angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2021

(AB 208) eine (potentiell) anspruchsbegründende Veränderung der erheblichen Tatsachen eingetreten ist (vgl. E. 2.5.2 f. hiavor).

**3.2** Hinsichtlich der Verfügung vom 20. Mai 2016 (AB 46) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.2.1** Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 19. Februar 2015 (AB 69.2 S. 7 f.) eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2; Differentialdiagnose: Dysthymie), belastende Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z61.2), einen schädlichen Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1) und einen Verdacht auf Essstörung. Diese Diagnosen schränkten die Arbeitsfähigkeit zurzeit erheblich ein. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in jeder anderen Tätigkeit. Es könne mit einer Besserung gerechnet werden. Die ambulanten und stationären Massnahmen seien noch nicht ausgeschöpft (AB 69.2 S. 8).

**3.2.2** Im Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_, vom 12. März 2015 über die teilstationäre Behandlung vom 27. Januar bis 9. März 2015 (AB 69.2 S. 9 bis 12) wurden als Diagnosen eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) und ein schädlicher Gebrauch von Cannabis (ICD-10 F12.1) genannt (AB 69.2 S. 9 Ziff. 1). Im Verlaufe des letzten Lehrjahres als ... seien - wie schon in der Endphase einer früheren Lehrstelle - Symptome von Angst und Depression mit ausgeprägter Vermeidungshaltung und Blockaden aufgetreten (AB 69.2 S. 9 Ziff. 2). Im Familiengespräch habe die Beschwerdeführerin mit ihrem etwas phlegmatischen, passiven und zu Krankheiten sowie psychischer Instabilität neigenden Wesen ihre geschiedenen Eltern immer wieder aktiviert. Sie sichere sich Zuwendung, indem sie sich schwach gebärde. Am Ende des Familiengesprächs habe sie entschlossen das Wort ergriffen und den Eltern ihre Situation klar dargelegt, was diesen Eindruck gemacht habe (AB 69.2 S. 10 Ziff. 3). Die Beschwerdeführerin habe im Verlauf des Klinikaufenthaltes gut stabilisiert werden können, so dass sie das Ziel, das Bestehen der Lehrabschlussprüfung, habe angehen können (AB 69.2 S. 11 Ziff. 4).

**3.3** Bezüglich der Entwicklung des Gesundheitszustandes bzw. der Arbeitsfähigkeit seit Erlass der Verfügung vom 20. Mai 2016 (AB 46) ergibt sich aus den Akten im Wesentlichen das Folgende:

**3.3.1** Dem (zu Handen des Krankentaggeldversicherers erstellten) Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. Februar 2018 (AB 69.2 S. 1 bis 4) sind als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1), eine Panikstörung (ICD-10 F41.0) sowie emotional instabile Persönlichkeitszüge zu entnehmen (AB 69.2 S. 3 Ziff. 3). Aktuell bestehe aus psychiatrischer Sicht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als .... Es sei jedoch davon auszugehen, dass unter adäquater Behandlung eine Teilarbeitsfähigkeit in zwei bis drei Monaten erlangt werden könne (AB 69.2 S. 3 Ziff. 8).

**3.3.2** Dr. med. H. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in der (im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstatteten) Kurzbeurteilung vom 4. Oktober 2018 (AB 100.2 S. 69 bis 84) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), eine Agoraphobie mit Panikattacken, gegenwärtig leichtgradig ausgeprägt (ICD.10 40.01), sowie einen dringenden Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen, selbstunsicheren und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine somatoforme autonome Funktionsstörung, aktuell geringfügig ausgeprägt, in Stresssituationen anamnestisch verstärkt auftretend (ICD-10 F45.3), ein Verdacht auf Essstörung (ICD-10 F50.9) sowie ein schädlicher Gebrauch von Cannabis, anamnestisch gegenwärtig abstinert (ICD-10 F12.20; AB 100.2 S. 82 Ziff. 5). Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (AB 100.2 S. 83 f. Ziff. 8.1 und 8.3).

**3.3.3** Die behandelnde Psychologin lic. phil. D. \_\_\_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 14. November 2018 (AB 107) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2; seit 2018), eine somatoforme autonome Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) sowie eine nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (ICD-10

F51.2; AB 107 S. 6 Ziff. 2.5). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine nicht näher bezeichnete Essstörung (ICD-10 F50.9) und ein Status nach schädlichem Gebrauch von Cannabis, aktuell abstinent (ICD-10 F12.1; AB 107 S. 7 Ziff. 2.6). Aktuell sei die bisherige Tätigkeit nicht zumutbar (AB 107 S. 9 Ziff. 4.1). Hingegen sei die Teilnahme an einem Arbeitstraining oder ähnliches ohne Leistungsdruck, aber mit Präsenzzeit, zumutbar (AB 107 S. 9 Ziff. 4.2).

**3.3.4** Dem Bericht vom 11. Juni 2019 (AB 147) über das im Netzwerk Grenchen vom 4. März bis 2. Juni 2019 durchgeführte Belastbarkeitstraining ist zu entnehmen, dass aufgrund der geringen Präsenzzeit von zwei Stunden pro Tag (mit 34 Krankheitsabsenzen) eine Aussage zu den Ressourcen der Beschwerdeführerin schwierig sei. Es sei jedoch festgestellt worden, dass sie konzentriert, qualitativ und quantitativ gut gearbeitet habe. Dabei sei keine Beeinträchtigung der psychischen Belastbarkeit beobachtet worden. In den zwei Präsenzstunden habe keine reduzierte Leistungsfähigkeit festgestellt werden können (AB 147 S. 3).

**3.3.5** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt am 14. Juni 2019 (AB 148) fest, aus dem Bericht des Spitals F. \_\_\_\_\_ gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin im Familiengespräch mit ihrem unter anderem zu Krankheiten und psychischer Instabilität neigenden Wesen ihre geschiedenen Eltern immer wieder aktiviert habe, was nichts anderes als ein sekundärer Krankheitsgewinn sei. Die Beschwerdeführerin sichere sich Zuwendung, indem sie sich schwach gebärde. Am Ende des Familiengesprächs habe sie entschlossen das Wort ergriffen und den Eltern ihre Situation klar dargelegt, was diesen Eindruck gemacht habe. Dies klinge ganz und gar nicht nach mangelndem Selbstvertrauen und Unsicherheit, sondern nach einem erworbenen dysfunktionalen Verhalten, von welchem die Beschwerdeführerin gelernt habe, dass es bei den Eltern gut funktioniere. Dieses Verhalten habe sie bisher erfolgreich auch auf alle anderen Personen, so auch in der Eingliederung, anwenden können (AB 148 S. 5 Ziff. 1).

Am 20. Dezember 2019 berichtete die RAD-Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_\_\_, dass eine toxikologische Untersuchung der bei der Beschwerdeführerin entnommenen Kopfhaare für den Zeitraum von Anfang Januar

bis Anfang Juli 2019 eine THC-Konzentration (AB 156.1 S. 4) ergeben habe. Diese könne gemäss der forensisch-toxikologischen Beurteilung auch von einer externen Kontamination stammen. Die in der Folge durchgeführten Urinproben von Oktober, November und Dezember 2019 hätten alleamt positive Resultate auf Cannabinoide ergeben (AB 167 S. 3).

**3.3.6** Im polydisziplinären (psychiatrisch-rheumatologisch-internistisch-neuropsychologischen) Gutachten der MEDAS vom 3. September 2020 (AB 195.1 bis 195.5) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (AB 195.1 S. 6 Ziff. 4.2):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Leichte neuropsychologische Störung

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**

- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, Abhängigkeitssyndrom - ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F12.25)
- Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit ängstlich-selbstunsicherer sowie anteilig emotional instabiler Komponente
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom - ständiger Substanzgebrauch (ICD-10 F17.25)
- Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)
- Hypermotilitäts-Syndrom mit rezidivierenden Arthralgien und segmentalen Blockaden an der Wirbelsäule
- Hyperkinetisches Herzsyndrom
- Adipositas, BMI 37.1 kg/m<sup>2</sup>
- Akne inversa im Genitalbereich
- Varikosis linkes Bein

Der neuropsychologische Gutachter hielt fest, dass insgesamt eine leichte neuropsychologische Störung habe objektiviert werden können. Dabei stünden Defizite im Bereich der exekutiven Funktionen und beim Rechnen sowie eine eingeschränkte zeitliche mentale Belastbarkeit im Vordergrund (AB 195.5 S. 5 Ziff. 6). Die objektivierten leichten kognitiven Defizite seien jedoch nicht auf die Ermüdung und die ängstliche selbstunsichere Komponente zurückzuführen. Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin sei

davon auszugehen, dass die leichten Auffälligkeiten im sprachlichen Bereich (Rechnen, Lesen, verbales Abstrahieren, Interferenzanfälligkeit), im Sinne von leichten Teilleistungsstörungen, seit der Kindheit bestünden. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe die selbstunsichere Persönlichkeit zwar beobachtet werden können, diese habe jedoch auf die Leistung keinen Einfluss gehabt, weil die Beschwerdeführerin vom Testleiter durch die Untersuchung begleitet worden sei. Die Beschwerdeführerin habe stets ein Feedback erhalten, indem ihr rückgemeldet worden sei, dass sie gut mitmache und subjektiv schlechte Leistungen in einzelnen Tests durchaus normal seien. Aufgrund dieser neutral gehaltenen Unterstützung habe die Beschwerdeführerin die Untersuchung ohne ausgeprägte Leistungsschwankungen beenden können. Sodann stimmten die aktuellen Befunde mit der Einschätzung des Netzwerks Grenchen überein, wonach die beim Belastungstraining gezeigten Leistungen als konzentriert, exakt, speditiv und zuverlässig beschrieben worden seien (AB 195.5 S. 6 Ziff. 6). Aufgrund der objektivierten Befunde, der Angaben aus den Akten sowie der Beobachtungen während der Untersuchung sei davon auszugehen, dass die in der Vergangenheit beschriebenen Konzentrations- und Gedächtnisdefizite in erster Linie durch die fluktuierende psychiatrische Symptomatik bedingt gewesen seien. Infolge der leichten neuropsychologischen Störung sei aus rein neuropsychologischer Sicht von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Um das gut erhaltene kognitive Potential voll ausschöpfen zu können, wäre eine Tätigkeit in einer reizarmen Umgebung, in einem kleinen Team, ohne Übernahme von Verantwortung und mit regelmässiger kurzer Pausenmöglichkeit sinnvoll. Wenn die Beschwerdeführerin in einem Umfeld arbeiten könne, in dem sie sich wohl fühle, sei sie in der Lage, auch Aufgaben unter leichtem Zeitdruck zu erledigen (AB 195.5 S. 7 Ziff. 6).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass die Beschwerdeführerin bisher einmal stationär (vom 14. Januar bis 25. Februar 2011) und zweimal teilstationär (vom 28. Februar bis 29. April 2011 und vom 27. Januar bis 9. März 2015) psychiatrisch behandelt worden sei. Seit 2006 stehe sie auf ambulanter Basis unter regelmässiger psychiatrischer Obhut (aktuell: Frequenz von einer einstündigen Sitzung alle zwei Wochen); additiv werde sie seit dem 4. Juni 2020 medikamentös behandelt (AB 195.2 S. 5 Ziff. 3.2). Zu den Untersuchungsbefunden hielt der Gutachter fest, dass die Auffassung

nicht erschwert und die Konzentration über den gesamten Verlauf der Untersuchung ungestört sei. Die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert erschienen (AB 195.2 S. 6 Ziff. 4.3). Es würden sich keine konkreten Hinweise auf das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung im pathologischen Sinne der diesbezüglich seitens der ICD-10 definierten Kriterien, jedoch auf eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-selbstunsicherer sowie anteilig emotional instabiler Komponente ergeben (AB 195.2 S. 7 Ziff. 4.3). Aufgrund der testpsychologisch verifizierten leichten Defizite des kognitiven Leistungsprofils bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Im retrospektiven Verlauf seien, offensichtlich vor dem Hintergrund eines dauerhaften Cannabiskonsums, rezidivierende Deviationen des affektiven Funktionsniveaus beschrieben worden, welches sich zum Untersuchungszeitpunkt jedoch als hinreichend stabil erwiesen habe. Inwieweit diese Beschwerdesymptomatik auf eine originäre psychiatrische Krankheitsentität zurückzuführen sei, könne differentialdiagnostisch erst nach Einhaltung einer zumindest sechsmonatigen gesicherten Abstinenzphase bewertet werden (AB 195.2 S. 12 Ziff. 7.4). Das Belastungsprofil schränke die Beschwerdeführerin nur unwesentlich bzw. allenfalls leicht ein. Aufgrund eines insgesamt verlangsamten Arbeitstempos und der Notwendigkeit wiederkehrender Erholungspausen liege eine Leistungseinschränkung von 20 % vor. In retrospektiver Hinsicht habe sich diese Arbeits- und Leistungsfähigkeit - ausserhalb der erforderlichen Hospitalisations- sowie sich anschliessenden Rekonvaleszenzphasen - prinzipiell seit jeher auf dem vorab bezeichneten Niveau befunden und sei nur im Rahmen rezidivierend stattgehabter affektiver Instabilitäten teilweise aufgehoben gewesen. Aus psychiatrisch-neuropsychologischer Sicht bestehe in einer optimal adaptierten Tätigkeit (ohne Übernahme von Verantwortung, ohne enge zeitliche Taktung der Arbeitsvorgaben, in reizarmer Umgebung, in einem kleinen Team), worunter die Tätigkeit als ... zu zählen sei, eine Arbeitsfähigkeit von 100 % ohne Leistungseinschränkung (AB 195.2 S. 12 f. Ziff. 8).

Aus rheumatologischer und allgemeininternistischer Sicht konnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (AB 195.3 S. 8 f. Ziff. 6, AB 195.4 S. 6 bis 8 Ziff. 6 und 8).

Interdisziplinär begründe sich die aktuelle Gesamtarbeitsunfähigkeit bzw. Gesamtarbeitsfähigkeit massgeblich mit den Gesundheitsstörungen des neuropsychologischen Fachgebietes in vollumfänglichem psychiatrischem Konsens. Teilarbeitsunfähigkeiten, welche sich addieren oder gar potenzieren würden, lägen nicht vor (AB 195.1 S. 9 f. Ziff. 4.9).

**3.3.7** Stellung nehmend dazu hielt die behandelnde Psychologin lic. phil. D.\_\_\_\_\_ am 1. September 2021 fest, dass sich die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ erwähnte Verdachtsdiagnose einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) sowohl im klinischen Eindruck wie auch in der systematischen SKID-II-Diagnostik deutlich bestätigt habe. Der daraus resultierenden Einschränkung werde in der neuropsychologischen Gesamtbeurteilung nicht Rechnung getragen. So sei dem neuropsychologischen Teilgutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nur mit Hilfe stetigen Zuspruchs des Testers die Testaufgaben habe lösen können (BB 4 S. 1). Ohne dieses begleitende Coaching wäre sie vermutlich nicht in der Lage gewesen, die ihr gestellten Aufgaben zu lösen (BB 4 S. 1 f.). Optimistisch könne zukünftig von einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % ausgegangen werden, dies zunächst im geschützten Rahmen und bei angepasster Tätigkeit (BB 4 S. 2).

**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 anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 127, 125 V 351 E. 3a S. 352).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlag-

gebend 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).

**3.5** Die Beschwerdegegnerin hat sich in der angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2021 (AB 208) massgeblich auf das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS vom 3. September 2020 (AB 195.1 bis 195.5) gestützt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.4 hiervor), weshalb ihm grundsätzlich (vgl. E. 3.5.2 hiernach) volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Die darin enthaltenen Feststellungen beruhen auf eigenen Abklärungen (vgl. AB 195.1 S. 3 Ziff. 2) und sind in Kenntnis der Vorakten (AB 195.1 S. 13 bis 25 Ziff. 1 ff.) sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Wie sich nachfolgend ergibt, sind die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand resp. zur medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf werden überzeugend begründet. Auch stehen die einzelnen Fachbeurteilungen (AB 195.2 bis 195.5) in Übereinstimmung untereinander und flossen in die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung (AB 195.1 S. 4 bis 10 Ziff. 4.1 ff.) ein, so dass darauf prinzipiell abzustellen ist (vgl. E. 3.5.2 und 3.6 hiernach).

**3.5.1** Gestützt auf die Teilgutachten der Rheumatologie und der Inneren Medizin sind keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erstellt (AB 195.1 S. 6 Ziff. 4.2, AB 195.3 S. 8 f. Ziff. 6, AB 195.4 S. 6 bis 8 Ziff. 6 und 8); Gegenteiliges wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht vorgebracht. Somit liegt in dieser Hinsicht kein Revisionsgrund vor.

**3.5.2** In psychiatrischer resp. neuropsychologischer Hinsicht haben die beiden Gutachter - unter Darlegung der Anamnese, der psychiatrischen und neuropsychologischen (Test-)Befunde und der Verhaltensbeobachtungen während den Begutachtungen (AB 195.2 S. 2 bis 7 Ziff. 3 bis 4.3, AB 195.5 S. 1 bis 5 Ziff. 3 bis 4 und S. 8 bis 10) - aufgezeigt, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - falls überhaupt -

höchstens an einer leichten neuropsychologischen Störung leidet (AB 195.2 S. 9 Ziff. 6, AB 195.5 S. 5 Ziff. 6) und infolge derer - aus psychiatrischer resp. interdisziplinärer Sicht - eine Arbeitsfähigkeit von 100 % mit einer um maximal 20 % eingeschränkten Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit besteht (AB 195.1 S. 9 f. Ziff. 4.6 bis 4.9, AB 195.2 S. 12 f. Ziff. 8, AB 195.5 S. 7 Ziff. 6). Ob der psychiatrische Gutachter die neuropsychologische Einschätzung berücksichtigt oder nicht - attestiert er doch am Schluss seiner Einschätzung keine Einschränkung, obwohl er vorher eine solche erwähnte (AB 195.2 S. 12 Ziff. 7.4, AB 195.2 S. 12 f. Ziff. 8) - und ob die allfällige 20%ige Einschränkung auch aus rechtlicher Sicht zu berücksichtigen ist (Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens; vgl. E. 2.1.2 f. hiervor), kann letztlich offen bleiben, da so oder anders kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 3.6 hiernach). Die Experten haben einleuchtend begründet, dass diese Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit jeher gilt (AB 195.2 S. 13 Ziff. 8); die Arbeitsfähigkeit war allein während der Hospitalisations- und sich anschliessenden Rekonvaleszenzphasen sowie während Zeiten der affektiven Instabilitäten stärker eingeschränkt (AB 195.1 S. 9 Ziff. 4.7). Eine derartige Phase lag jedoch während der hier massgebenden Zeit ab der Neuanschreibung im November 2017 (AB 48) resp. ab dem frühest möglichen Rentenbeginn im Mai 2018 (vgl. E. 3.6 hiernach) nicht vor (AB 195.2 S. 11 Ziff. 7.2) bzw. dauerte letztmals im Jahr 2017 weniger als drei Monate (AB 195.2 S. 10 Ziff. 7.1 Mitte; vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV). Die gutachterlich attestierte Einschränkung von maximal 20 % deckt sich im Übrigen mit den Ausführungen in der Beschwerde (S. 4 Ziff. 2) über die Auswirkungen leichter neuropsychologischer Störungen, wonach diese gemäss den Richtlinien der SVNP (Schweizerische Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen) in der Regel eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich 20 % begründeten (vgl. hierzu BB 3). Mithin ist deshalb für die Zeit vor der Begutachtung durch die MEDAS, anders als von der Beschwerdegegnerin postuliert (vgl. Beschwerdeantwort S. 2 lit. C.b Ziff. 4), nicht auf die echtzeitlichen Einschätzungen abzustellen. Dies gilt umso mehr, als die Kurzbeurteilung von Dr. med. H. \_\_\_\_\_ vom 4. Oktober 2018 (AB 100.2 S. 69 bis 84), wonach eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestehe (AB 100.2 S. 83 f. Ziff. 8.1 und 8.3), gestützt auf die - im Gutachten der MEDAS nicht gestellten (vgl. AB 195.1 S. 6 Ziff. 4.2) - Diagnosen einer leichten depressiven Episode,

einer leichten Agoraphobie und eines dringenden Verdachts auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (AB 100.2 S. 82 Ziff. 5) erfolgte und deshalb nicht zu überzeugen vermag. Es handelt sich bei der von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ erwähnten Persönlichkeitsstörung denn auch um eine bloss Verdachtsdiagnose, was zur Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens grundsätzlich nicht ausreicht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 19. März 2018, 9C\_795/2017, E. 3.1.2), abgesehen davon, dass praxisgemäss nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein kann (Entscheid des BGer vom 17. November 2021, 8C\_280/2021, E. 6.2.2 [zur Publikation vorgesehen]). Ebenso wenig kann schliesslich - mangels Angaben zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit resp. der bloss zeitlich beschränkt attestierten Arbeitsunfähigkeit - auf den echtzeitlichen Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 20. Februar 2018 (AB 69.2 S. 3 Ziff. 8) abgestellt werden.

Nicht gegen die gutachterliche Einschätzung sprechen ferner die Berichte der behandelnden Psychologin lic. phil. D.\_\_\_\_\_ vom 14. November 2018 und 1. September 2021 (AB 107, BB 4), da es sich bei diesen nicht um medizinische Berichte handelt. Daran ändert nichts, dass der betreffende delegierende Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation den Bericht vom 1. September 2021 (BB 4 S. 2) mitunterzeichnet hat, zumal er damit sein Fachgebiet überschreitet. Mithin ist die im Bericht vom 1. September 2021 geäusserte Rüge, die von Dr. med. H.\_\_\_\_\_ erwähnte Verdachtsdiagnose einer abhängigen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.7) habe sich bestätigt (BB 4 S. 1; vgl. auch Replik, S. 1), fachärztlich nicht belegt. Nach der Rechtsprechung kann eine fachärztliche Beurteilung zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit grundsätzlich nur gestützt auf eine ebenfalls fachärztliche abweichende Beurteilung entkräftet werden (Entscheid des BGer vom 16. Oktober 2018, 8C\_450/2018, E. 5.1), was bei der Einschätzung der Psychologin lic. phil. D.\_\_\_\_\_ - wie bereits erwähnt - indessen nicht der Fall ist. Im Übrigen sind den Berichten der behandelnden Psychologin keine wichtigen - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte zu entnehmen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären. Dies abgesehen davon, dass die Annahme, wie die neuropsychologische Testung "ohne Aufmunterung" durch den Gutachter ausgefallen wäre (BB 4 S. 1 f.), rein

spekulativ ist und von einem "Coaching" nicht gesprochen werden kann, sondern es sich dabei um bestärkende Rückmeldungen handelte (AB 195.5 S. 6 Ziff. 6).

Sodann spricht die im Rahmen des Belastbarkeitstrainings beim Netzwerk ... gezeigte Präsenz- und Leistungsfähigkeit (AB 147 S. 3) nicht gegen die Einschätzung der Gutachter, widerspiegelt diese doch allein die gezeigte subjektive Leistung und nicht die objektive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. So ist denn auch die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen rechtsprechungsgemäss nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf der Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistung zu beantworten (Entscheidung des BGer vom 21. Februar 2018, 8C\_802/2017, E. 5.1.1).

Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, die gutachterlich attestierte Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei auf dem freien Arbeitsmarkt nicht verwertbar (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 2), verkennt sie, dass nach Art. 16 ATSG (vgl. E. 2.3 hiavor) der sogenannte ausgeglichene Arbeitsmarkt und nicht die konkrete Arbeitsmarktlage massgebend ist (vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 459; SVR 2019 IV Nr. 21 S. 66 E. 4.2). Bei dem von den Gutachtern genannten Anforderungs- und Belastungsprofil (AB 195.1 S. 9 Ziff. 4.6 bis 4.8, AB 195.2 S. 12 ff. Ziff. 8) besteht kein Anlass zur Annahme, dass die bestehende Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen allgemeinen Arbeitsmarkt nicht verwertbar wäre. Die Beschwerdeführerin benötigt im Übrigen kein andauerndes Coaching (vgl. Beschwerde, S. 4 Ziff. 2), kann sie doch - wie dem überzeugenden Bericht der RAD-Psychiaterin Dr. med. I. \_\_\_\_\_ vom 14. Juni 2019 (AB 148 S. 5 Ziff. 1) zu entnehmen ist - durchaus für sich selber eintreten.

**3.6** Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im November 2017 (AB 48), womit ein Rentenanspruch unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Wartefrist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab dem 1. Mai 2018 entstanden sein kann. Entsprechend muss in diesem Zeitpunkt während mindestens eines Jahres, das heisst zwischen dem 1. Mai 2017 und dem 30. April 2018, eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben (Art. 28

Abs. 1 lit. b IVG; vgl. E. 2.2 hiervor). Indes bestand gestützt auf das (grundsätzlich) beweiskräftige Gutachten der MEDAS vom 3. September 2020 (AB 195.1 bis 195.5) weder im voranstehend genannten Zeitraum noch zu einem anderen Zeitpunkt zwischen dem 1. Mai 2017 und der angefochtenen Verfügung vom 15. Februar 2021 (AB 208) als verfahrensmässigem Endzeitpunkt des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140) eine entsprechende durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % (vgl. E. 3.5.2 hiervor). Demzufolge ist die kumulative Voraussetzung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt, weshalb von vornherein kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (vgl. zu den verschiedenen Funktionen dieser Fristen: BGE 142 V 547 E. 3.2 S. 550). In der Folge kann die Frage des Vorliegens eines Revisionsgrundes (in psychiatrischer Hinsicht) offen bleiben.

**3.7** Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 15. Februar 2021 (AB 208) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **4.**

**4.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.

**4.2** Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern (samt Doppel der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 8. September 2021)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

**Rechtsmittelbelehrung**

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

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