

200 21 651 IV  
ACT/REL/WSI

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 17. Februar 2022**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Jakob  
Gerichtsschreiberin Bischof

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 9. August 2021



## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1984 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) verfügt über keine Berufsbildung, arbeitete nach Abbruch der Schule in verschiedenen Tätigkeiten und bezieht seit 2004 Sozialhilfe (Antwortbeilage der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin; AB] 13). Am 18. März 2020 meldete sie sich unter Hinweis auf eine chronische Depression, eine dependente Persönlichkeitsstörung sowie eine Suchterkrankung bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (nachfolgend IV) zum Leistungsbezug an (AB 1). Nachdem die IVB mit Vorbescheid vom 24. Juni 2020 das Nichteintreten auf das Leistungsbegehren wegen Verletzung der Mitwirkungspflicht in Aussicht gestellt hatte (AB 12), reichte der zuständige Sozialdienst die geforderten Informationen und Unterlagen ein (AB 13 - AB 16). Mit Mitteilung vom 30. Juli 2020 wurden Eingliederungsmassnahmen mangels Aussicht auf Erfolg verneint (AB 21). In der Folge liess die IVB die Versicherte psychiatrisch begutachten. Gestützt auf das monodisziplinäre Gutachten vom 28. Mai 2021 (AB 47.1) verneinte sie nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 49 und AB 52) mit Verfügung vom 9. August 2021 bei einem Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 20 % den Anspruch auf eine Rente (AB 54).

### **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte – vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. B. \_\_\_\_\_ – mit Eingabe vom 14. September 2021 Beschwerde. Sie beantragt die Aufhebung der Verfügung vom 9. August 2021 und die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur Anordnung eines polydisziplinären Gutachtens. Am 14. Oktober 2021 reichte sie weitere medizinische Unterlagen zu den Akten (Beschwerdebeilage [BB] 7).

Mit Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2021 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Am 18. November 2021 liess die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme (samt BB 8) einreichen.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes vom 11. Juni 2009 über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes vom 23. Mai 1989 über die Verwaltungsrechtspflege [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 9. August 2021 (AB 54). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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

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

## **2.**

**2.1** Am 1. Januar 2022 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 genannten Änderung datiert, ist der Rentenanspruch nach den bis 31. Dezember 2021 geltenden Normen (fortan aArt.) zu prüfen.

**2.2** 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).

**2.3** 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).

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).

**2.4** 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 Dreiviertelrente, 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.

**2.5** 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).

**2.6** 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 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

### **3.**

**3.1** Bezüglich des Gesundheitszustandes sowie der Arbeits- und Leistungsfähigkeit ist den medizinischen Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

**3.1.1** Im Austrittsbericht der psychiatrischen Dienste C.\_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2015 (BB 3) diagnostizierten die Fachärzte jeweils eine psychische und Verhaltensstörung (als Abhängigkeitssyndrom) durch Alkohol (ICD-10: F10.2), durch Opioide (ICD-10: F11.2), durch Cannabinoide (ICD-10: F12.2) sowie durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13.2) und psychische und Verhaltensstörung (schädlicher Gebrauch) durch Kokain (ICD-10: F14.1) sowie eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typ (ICD-10: F60.31). Die Zuweisung sei zum Alkohol- und Benzodiazepinentzug erfolgt sowie zum anschliessenden Methadonentzug in der Klinik F.\_\_\_\_\_ (S. 2).

**3.1.2** Die behandelnden Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und die Psychologin M. Sc. E.\_\_\_\_\_ der Klinik F.\_\_\_\_\_ nannten im Bericht vom 24. September 2020 (AB 28) die Diagnosen einer abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7, 2010), einer akuten schizophrenieformen Störung (ICD-10: F23.2, 2011), einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.3, 2014), einer jeweils psychischen und Verhaltensstörung (als Abhängigkeitssyndrom) durch Alkohol (ICD-10: F10.2, 2011), durch Opioide (ICD-10: F11.2, 2003) sowie durch Kokain (ICD-10: F14.2, 2003), psychische und Verhaltensstörung (schädlicher Gebrauch) durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13.1, 2003) und durch Cannabinoide (ICD-10: F12.1, 2003) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung sowie andere anhaltende kognitive Beeinträchtigungen (ICD-10: F19.74, 2020 [S. 5 f. Ziff. 2.5]). Betref-

fend die kognitiven Einschränkungen (Gedächtnis/Merkfähigkeit/exekutive Kontrollprozesse) sei eine weitergehende neuropsychologische Abklärung zu empfehlen (S. 6). Je nach Arbeit und Anforderung sollten in einem geschützten Rahmen einige Stunden am Tag möglich sein, es bedürfe aber einer klaren Abklärung und einer engen Begleitung, um herauszufinden, wie viel wirklich zumutbar sei (S. 7 Ziff. 3.2). Starke Gedächtnisschwierigkeiten und Impulsivität kombiniert mit starken emotionalen Schwankungen (Persönlichkeitsstörung und Folgen des langjährigen Substanzkonsums) ständen der Eingliederung im Wege (Ziff. 3.4). Einsamkeit, mangelndes Selbstwertgefühl, Scham und Anspannungszustände führten oft zu Rückfällen in den Substanzkonsum.

**3.1.3** Die Fachärzte der Klinik F.\_\_\_\_\_ nannten in ihrem Bericht vom 13. Oktober 2020 (AB 31) die Diagnosen einer psychischen und Verhaltensstörung, jeweils als Abhängigkeitssyndrom, durch Alkohol (ICD-10: F10.2), durch Opioide (ICD-10: F11.2) und Kokain (ICD-10: F14.2) sowie psychische und Verhaltensstörung, schädlicher Gebrauch, durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F13.1) und durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen, Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung (ICD-10: F19.7) sowie eine abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7). Die Beschwerdeführerin sei freiwillig zum 15. stationären Alkohol- und Kokainentzug unter Beibehaltung der Methadonsubstitution vom 14. September 2020 bis zum 11. Oktober 2020 in die Klinik eingetreten. Bei Verdacht auf kognitive Einschränkungen als Folge des Substanzkonsums sei eine Screeninguntersuchung durchgeführt worden und im Montreal cognitive Assessment (MOCA) habe die Beschwerdeführerin 25 von 30 Punkten erreicht, wobei als normal 26 oder mehr Punkte einzustufen wären (S. 2). Insbesondere die Defizite im Bereich Gedächtnis/Erinnerung deckten sich mit den Beobachtungen im Alltag.

**3.1.4** Im psychiatrischen Gutachten vom 28. Mai 2021 (AB 47.1) diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Polytoxikomanie, Abhängigkeitsstörung von verschiedenen psychischen Substanzen (ICD-10: F19.2), und eine vordiagnostizierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.7 [S. 13 Ziff. 6]). Die Beschwerdeführerin leide

an einem schweren Verlauf einer Abhängigkeitsstörung verschiedenster psychotroper Substanzen, die als Polytoxikomanie bezeichnet werden könne (Ziff. 7.1). Unstrittig sei, dass es sich bei der Abhängigkeitsstörung um eine primär psychische Störung und damit um ein eigenständiges psychiatrisches Beschwerdebild handle (S. 14). Die Idee, dass eine Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert vorliege, könne nicht nachvollzogen werden, da ganz offensichtlich kein Zeitraum mehrerer Monate oder sogar Jahre bezeichnet worden sei, in welchem die Beschwerdeführerin gänzlich frei von Konsumverhalten psychotroper Substanzen gewesen sei, und es werde keine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus nachvollzogen, selbst wenn man von selbstschädigenden Verhaltensweisen durch Konsumverhalten bei emotionaler Instabilität und anderen Hinweisen auf eine derartige fragile Persönlichkeit ausgehen wollte (Ziff. 7.2). Auch im Hinblick auf eine "abhängig, dependente Persönlichkeit" sei aufgrund des ständigen Konsumverhaltens Zurückhaltung geboten, wobei nachvollziehbar sei, dass die Beschwerdeführerin wenig Identität und Eigenständigkeit benennen könne und an dieser Stelle eher Hilfsbedürftigkeit und Unterstützungsbedürftigkeit und geringes Selbstwertgefühl im Hinblick auf Ausbildungs- und Berufstätigkeit aber auch biographische Stationen auffielen. Im Verlauf der vergangenen zumindest 17 Jahre ergebe sich, dass jeweils kurzfristig Behandlungserfolge erzielt worden seien, jedoch keine nachhaltige Veränderung oder nachhaltige Verbesserung der Lebensumstände herbeigeführt werden konnten. Grundsätzlich könne die Beschwerdeführerin im Zuge einer derartigen Stabilität auf niedrigem Niveau in Arbeitsprogrammen teilnehmen oder eine ungelernte Arbeitstätigkeit erbringen (S. 15). So wären ihr grundsätzlich im Hinblick auf ihre Ausbildung und früheren Arbeitstätigkeiten auch einfache Tätigkeiten in der Produktion oder im Lager in wechselnder körperlicher Haltung und ohne Belastungen bei zu langem Stehen zumutbar. In der Zusammenschau der vorliegenden Unterlagen und der persönlichen Untersuchung hätten sich keine Inkonsistenzen und Implausibilitäten ergeben (Ziff. 7.3). Es würden aber im Hinblick auf ihre Angaben auch selbstlimitierende Verhaltensweisen nach jahrelanger Dekonditionierung und Bezugnahme auf die körperlichen Faktoren, die keine psychischen Beschwerden seien, gesehen. Als sehr wesentlicher Punkt für die Frage, wie die Fähigkeiten und Ressourcen umgesetzt werden könnten, sei vor allen die nunmehr seit 17 Jahren be-

stehende Dekonditionierung zu nennen (S. 16). Grundsätzlich könne die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit oder in einer einfachen Tätigkeit in der Produktion oder im Lager zumindest acht Stunden pro Tag teilnehmen (Ziff. 8.1). Es bestehe keine Begründung in einer akuten psychischen, psychiatrischen Symptomatik oder psychischen Gesundheitsschädigung, weshalb sie nicht an einer derartigen Tätigkeit teilnehmen könnte. Wolle man sich die Frage vor Augen halten, was nun genau eine derartige Produktionstätigkeit verunmögliche, so sei die Frage kaum zu beantworten (etwa durch kognitive Einbussen, affektive Auffälligkeiten, formale oder inhaltliche Denkstörungen oder andauernde Ambivalenz/Ambitendenz), sondern als wichtigster Punkt imponiere die andauernde Dekonditionierung und die soziale Entwicklung über Jahrzehnte. Eine angepasste Tätigkeit, in welcher sicherlich keine wechselnde Dreischicht- oder Nacharbeit, sondern eine normale Tätigkeit zur tageszeitlichen Produktion geleistet werden müsse, könne sie grundsätzlich an acht Stunden pro Tag an fünf Tagen pro Woche auch im ersten Arbeitsmarkt erbringen, wolle man die Anmerkungen zur Frage, inwieweit eine Abstinenz abzuverlangen oder inwieweit die Schadenminderungspflicht geltend zu machen sei, berücksichtigen (S. 17 Ziff. 8.2). Von der Beschwerdeführerin könne eine verbesserte Abstinenz bzw. ein weitergehend vermindertes Konsumverhalten psychotroper Substanzen abverlangt werden, worunter dann die Arbeitsfähigkeit in einer einfachen Tätigkeit in der Produktion noch verbessert würde (Ziff. 8.4). Die Frage nach möglichen Therapieoptionen entfalle, da grundsätzlich eine Arbeitstätigkeit von acht Stunden pro Tag mit einer geringen Minderung der Leistungsfähigkeit, also zumindest einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 80 %, gesehen werde (S. 18).

**3.1.5** Im Sprechstundenbericht Pneumologie des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2021 (BB 7) nannten die Fachärzte als Hauptdiagnosen ein mögliches Asthma bronchiale, einen Ausschluss eines obstruktiven Schlafapnoesyndroms, einen Status nach Polytoxikomanie sowie einen Status nach chronischer Hepatitis-C-Infektion und als Nebendiagnose einen Status nach einer Vieretagen-Thrombose links im Jahr 2015. Lungenfunktionell ergebe sich kein Anhalt für eine restriktive oder obstruktive Ventilationsstörung und eine respiratorische Insuffizienz könne in der arteriellen Blutanalyse nicht nachgewiesen werden (S. 3). Differentialdiagnostisch und

als zusätzlicher aggravierender Faktor sei an eine physische Dekonditionierung im Rahmen der Gewichtszunahme von 20 kg innerhalb von zwei Jahren zu denken.

**3.1.6** In der psychiatrischen Stellungnahme vom 8. November 2021 (BB 8) diagnostizierte Dr. med. D. \_\_\_\_\_ eine Opioidabhängigkeit, bei gegenwärtiger Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (Methadon, ICD-10: F11.22), schädlicher Alkoholgebrauch (ICD-10: F10.1), Kokainabhängigkeit (ICD-10: F14.2), schädlicher Sedativagebrauch (ICD-10: F13.1), substanzinduzierte psychotische Störung (ICD-10: F19.7), leichte kognitive Störung (ICD-10: F06.7) sowie einen Status nach Viereta-Gen-Thrombose links im Jahr 2015. Auffallend sei eine im Laufe der Jahre zunehmende kognitive Beeinträchtigung und Leistungsminderung als Folge des Substanzkonsums, die anhand eines MOCA-Tests habe objektiviert werden können. Aufgrund der jahrzehntelangen Substanzeinnahme könnten bleibende Schäden nicht ausgeschlossen werden.

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

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

E. 3a S. 352). Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 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 2019 IV Nr. 40 S. 128 E. 3, 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.2).

Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern, was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft, ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist oder nicht (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 30. Januar 2015, 8C\_277/2014, E. 5.2).

**3.3** Das monodisziplinäre Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2021 (AB 47.1) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einer einlässlichen fachärztlichen Exploration, wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und – anders als in der Beschwerde (S. 2) implizit angenommen wird – in Kenntnis der Vorakten und der Geschichte inklusive des auffallenden Verhaltens in der Jugend (vgl. AB 47.1 S. 10) sowie der zahlreichen Klinikaufenthalte (vgl. S. 4 ff. Ziff. 2) erstattet. Es überzeugt inhaltlich, indem die darin dargelegten medizinischen Zusammenhänge sowie die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchten und die Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet sind. Die Ergebnisse der fachärztlichen Untersuchung fanden sodann Eingang in die umfassende Beurteilung. Gestützt darauf hat der Sachverständige die medizinische Befundlage nachvollziehbar und überzeugend dargestellt. Damit erfüllt das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_\_ die vorerwähnten höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt vollen Beweis (vgl. E. 3.2 hiervoor). Keinen Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens zu wecken vermag der Vorwurf, dass der Gutachter Dr. med. G.\_\_\_\_\_ von der Beschwerdegegnerin "sehr häufig" mit psychiatrischen Gutachten betraut werde und "ein grosser Teil seiner Einnahmen" daraus bestehe, so dass er nicht mehr unabhängig sei, wie in der Stellung-

nahme vom 18. November 2021 (S. 5) geltend gemacht wird. Dieser Umstand führt für sich alleine nicht zum Vorliegen eines Ausstandsgrundes (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226 f.), abgesehen davon, dass sich die Beschwerdeführerin der angeordneten Begutachtung (AB 45) im Vorfeld nicht widersetzt und auch keine Ausstandsgründe geltend gemacht hat, welche so früh wie möglich vorzubringen gewesen wären (vgl. BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69). Daneben enthalten die Berichte der Klinik F.\_\_\_\_\_, insbesondere diejenigen über die verschiedenen Entzugsaufenthalte (AB 28, AB 31, AB 22 S. 3 f. und AB 22 S. 5 f.), wie auch der Bericht psychiatrischen Dienste C.\_\_\_\_\_ vom 1. Juli 2015 (BB 3) kein Indiz, welches gegen die Zuverlässigkeit der Einschätzung des Gutachters spräche. Es ist denn auch aktenwidrig, wenn die Beschwerdeführerin in ihrer Stellungnahme vom 18. November 2021 (S. 3 unten) behauptet, Dr. med. G.\_\_\_\_\_ gehe davon aus, dass sich die komorbide psychische Störung nach einem Entzug bessern würde, denn der Gutachter setzt für seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit keinen Entzug voraus (AB 47.1 S. 16 Ziff. 8.1) und konnte eben gerade keine psychische Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren (S. 13). Insbesondere verneint er überzeugend das Bestehen einer Persönlichkeitsstörung mit Krankheitswert, da offensichtlich kein Zeitraum von mehreren Monaten oder Jahren beobachtet wurde, in welchem die Beschwerdeführerin gänzlich frei von Konsumverhalten psychotroper Substanzen war (S. 14 Ziff. 7.2), was in der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 18. November 2021 (S. 4) verkannt wird. Entgegen der ebenfalls dort (S. 1) sowie in der in der Beschwerde (S. 3) vertretenen Auffassung lassen sich auch keine kognitiven oder neuropsychologischen Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nachweisen (AB 47.1 S. 12). Daran ändern weder der im Bericht der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D.\_\_\_\_\_ vom 8. November 2021 (BB 8) erwähnte MOCA-Test noch der in der Beschwerde (S. 3) genannte SKID-II-Test etwas; dass der Gutachter keine entsprechenden psychiatrischer Tests durchgeführt oder berücksichtigt hat, spricht nicht per se gegen die Zuverlässigkeit der Expertise, unterliegt die Durchführung solcher Tests doch grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des zuständigen Experten (vgl. E. 3.2 hiavor sowie Entscheid des BGer vom 18. Mai 2020, 9C\_119/2020, E. 3.2.2 mit Hinweisen). Schliesslich sprechen auch die Erfahrungen aus dem BIAS-

Programm (Beschäftigungs- und Integrationsangebote in der Sozialhilfe [vgl. BB 6 und BB 6a]) nicht gegen die Annahmen des psychiatrischen Gutachters, wie dies geltend gemacht wird (Stellungnahme vom 18. November 2021, S. 2), denn sie beruhen allein auf dem von der Beschwerdeführerin gezeigten Verhalten anlässlich des Programms zur sozialen Stabilisierung (SI) und widerspiegeln damit allein die gezeigte subjektive Leistung und nicht ihre objektive Leistungsfähigkeit. 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 (Entscheid des BGer vom 21. Februar 2018, 8C\_802/2017, E. 5.1.1). Entgegen der Auffassung in der Stellungnahme vom 18. November 2021 (S. 3) hat Dr. med. G. \_\_\_\_\_ diesbezüglich im Gutachten überzeugend dargelegt, dass die jahrelange Dekonditionierung und deren Auswirkungen – und damit indirekt auch die Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit – motivational bzw. durch selbstlimitierendes Verhalten bedingt sind (AB 47.1 S. 16 Ziff. 7.4).

**3.4** In somatischer Hinsicht bestehen keine Anhaltspunkte für einen Gesundheitsschaden mit wesentlicher Auswirkung auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Insbesondere gilt dies für das im Sprechstundenbericht Pneumologie des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2021 (BB 7) als möglich bezeichnete – und damit nicht als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehend bezeichnete – Asthma bronchiale, welches die Ärzte zudem auch im Zusammenhang mit der Dekonditionierung sahen (S. 3). Von weiteren medizinischen Abklärungen und namentlich einem polydisziplinären Gutachten, wie es die Beschwerdeführerin beantragt (Beschwerde, S. 2, unten und Stellungnahme vom 18. November 2021, S. 1 f.), sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, so dass hiervon in antizipierter Beweiswürdigung abzusehen ist (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. 163 E. 4).

**3.5** Nach dem Dargelegten ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer Polytoxikomanie, Abhängigkeitsstörung von verschiedenen psychischen Substanzen, leidet (AB 147.1 S. 13 Ziff. 6) und dabei eine vollständi-

ge Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von maximal 20 % besteht (S. 16 f. Ziff. 8.1 f. und S. 18). Ob diese Einschränkung von maximal 20 % auch aus rechtlicher Sicht zu berücksichtigen und die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 145 V 215 (vgl. E. 2.3 hiervor) überhaupt vorzunehmen ist, kann letztlich offen bleiben, da so oder anders kein Rentenanspruch besteht (vgl. E. 3.6 hiernach).

**3.6** Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im März 2020 (AB 1), womit ein Rentenanspruch unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist frühestens ab dem 1. September 2020 entstanden sein kann (Art. 29 Abs. 1 IVG). Zur Erfüllung des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG muss zusätzlich während zwölf Monaten eine durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch bestanden haben (vgl. E. 2.4 hiervor). Dieses Wartejahr ist vorliegend nicht erfüllt, da gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 28. Mai 2021 (AB 47.1) in der angestammten Tätigkeit lediglich eine Leistungseinschränkung von maximal 20 % erstellt ist (vgl. E. 3.4 f. hiervor). Es besteht damit von vornherein kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Selbst wenn ein Einkommensvergleich durchgeführt würde, resultierte daraus – wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 9. August 2021 (AB 54) zu Recht festgestellt hat – ein rentenausschliessender IV-Grad, sind doch sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf der gleichen Basis zu ermitteln, weshalb sich die Durchführung eines zahlenmässigen Einkommensvergleichs erübrigt: Der IV-Grad entspricht dem Umfang der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (Entscheid des BGer vom 4. August 2017, 8C\_358/2017, E. 2.2). Ein solcher Abzug ist vorliegend nicht gerechtfertigt, denn den behinderungsbedingten Einschränkungen wurde bereits im Rahmen der eingeschränkten Leistungsfähigkeit Rechnung getragen und allfällige invaliditätsfremde Gründe wären bei beiden Einkommen zu berücksichtigen (Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C\_42/2008, E. 5). Entgegen der Auffassung in der Beschwerde (S. 1) und in der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 18. November 2021 (S. 5) ist schliesslich nicht der geringste Anhaltspunkt ersichtlich, dass hier eine Frühinvalidität im Sinne von aArt. 26 Abs. 1 der Verordnung

vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201 [in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung]) bestehen könnte.

#### **4.**

Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung vom 9. August 2021 (AB 54) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

#### **5.**

**5.1** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.– bis Fr. 1'000.– festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.–, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

**5.2** Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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.
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 vom 18. November 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 Bundesgesetzes vom 17. Juni 2005 über das Bundesgericht (BGG; SR 173.110) geführt werden.