

IV 200 2024 627  
ACT/GET/STA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 25. Februar 2025**

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Mauerhofer  
Gerichtsschreiber Germann

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch B. \_\_\_\_\_

Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. August 2024



## **Sachverhalt:**

### **A.**

#### **A.a.**

Die ... geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), gelernte ..., meldete sich im November 2013 wegen Angststörungen mit einhergehendem schädlichem Gebrauch von Suchtmitteln bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [act. II] 1; 6 S. 1; 75 S. 1). Die IVB gewährte Eingliederungs- bzw. berufliche Massnahmen (act. II 39; 53; 85; 93; 107; 112; 118; 164; 172), welche – nach zwischenzeitlicher Verneinung eines Rentenanspruchs bei einem Invaliditätsgrad von 20 % mittels Verfügung vom 14. März 2017 (act. II 141) – im Juni 2018 abgeschlossen wurden, nachdem die Versicherte eine Anstellung angetreten hatte (act. II 176).

#### **A.b.**

Im Oktober 2019 meldete sich die inzwischen wieder stellenlose Versicherte (act. II 209.9 S. 2) erneut bei der IV zum Leistungsbezug an (act. II 181). Die IVB klärte den Sachverhalt ab; insbesondere veranlasste sie beim C.\_\_\_\_\_ (nachfolgend MEDAS), ein polydisziplinäres Gutachten (Expertise vom 31. Juli 2020 [act. II 209.1 ff.]). Mit Verfügung vom 5. März 2021 (act. II 236 S. 2 ff.) sprach die IVB der Versicherten ab 1. April 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 87 % eine ganze Rente zu. Weiter forderte sie die Versicherte im Rahmen ihrer Schadenminderungspflicht auf, sich einer Behandlung zum Erreichen der Abstinenz von Benzodiazepinen sowie anderen Suchtstoffen zu unterziehen (act. II 232). Weil sich im Verlauf Anhaltspunkte für eine Veränderung bzw. Verschlechterung des (psychischen) Gesundheitszustandes ergaben sowie zwecks Beurteilung des vom behandelnden Psychiater vorgelegten Behandlungsplans zur Erreichung einer Benzodiazepin-Abstinenz (act. II 243 S. 5; 246 S. 2), veranlasste die IVB in der MEDAS eine psychiatrisch-neuropsychologische Verlaufsbegutachtung. Nach Vorliegen der Expertise vom 26. April 2022 (act. II 301.1 ff.)

forderte sie die Versicherte mit Schreiben vom 23. Mai 2022 (act. II 303) unter Androhung von Säumnisfolgen (Kürzung oder Verweigerung von Leistungen) erneut zur Schadenminderung in Form einer Abstinenz von Benzodiazepinen und anderen Suchtstoffen innerhalb von 12 Monaten auf.

### **A.c.**

Im Juni 2023 leitete die IVB ein Revisionsverfahren ein (act. II 308). Sie klärte den Sachverhalt in erwerblicher Hinsicht ab und zog Berichte behandelnder Ärzte bei. Mit Vorbescheid vom 22. Februar 2024 (act. II 323) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 46 % die Kürzung der Invalidenrente auf eine solche von 40 % einer ganzen Rente in Aussicht. In der Begründung hielt sie fest, die Versicherte sei der Aufforderung zur Schadenminderung vom 23. Mai 2022 nicht im geforderten Mass nachgekommen bzw. hätte mit der Suchtmittelabstinenz eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erzielen können. Dagegen liess die Versicherte Einwand erheben (act. II 337), woraufhin die IVB das Dossier Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Praktischer Arzt sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), unterbreitete (act. II 343; 353). Mit Verfügung vom 13. August 2024 (act. II 355) entschied die IVB wie im Vorbescheid in Aussicht gestellt.

### **B.**

Dagegen liess die Versicherte, vertreten durch B.\_\_\_\_\_, Rechtsanwalt E.\_\_\_\_\_, mit Eingabe vom 16. September 2024 Beschwerde erheben. Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 13. August 2024 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei weiterhin eine ganze Invalidenrente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.
4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer) zulasten der Beschwerdegegnerin.

Mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2024 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 29. Oktober 2024 nahm die Beschwerdeführerin Stellung zur Beschwerdeantwort.

### **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 13. August 2024 (act. II 355). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente und dabei insbesondere die Frage, ob die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Rente zu Recht auf 40 % einer ganzen Rente gekürzt hat.

**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** 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).

**2.1.2** Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine Rente, wenn sie u.a. zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50 bis 69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Art. 28b Abs. 2 IVG), bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28b Abs. 3 IVG). Bei einem Invaliditätsgrad zwischen 40 und 49 % gelten die prozentualen Anteile nach Massgabe von Art. 28b Abs. 4 IVG.

### **2.2**

**2.2.1** Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m.

Art. 7 ATSG). Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe im Sinne einer Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt die Prüfung, ob ein psychischer Gesundheitsschaden eine rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermag, anhand eines strukturierten normativen Prüfungsrasters (BGE 143 V 418 E. 7 S. 427, 141 V 281 E. 3.6 S. 294 und E. 4.1 S. 296). Dies gilt für sämtliche psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429).

**2.2.2** 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 147 V 234 E. 2.2 S. 235, 145 V 215 E. 5.3.3 S. 226 und E. 7 S. 228).

**2.3** Im Sozialversicherungsrecht gilt der allgemeine Grundsatz der Schadenminderungspflicht (BGE 129 V 460 E. 4.2 S. 463; SVR 2020 EL Nr. 6 S. 21, 9C\_251/2019 E. 7.3.1). Danach sind einer versicherten Person Massnahmen zuzumuten, die ein vernünftiger Mensch in der gleichen Lage ergreifen würde, wenn er keinerlei Entschädigung zu erwarten hätte (BGE 140 V 267 E. 5.2.1 S. 274).

**2.3.1** Entzieht oder widersetzt sich eine versicherte Person einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben, die eine wesentliche Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder eine neue Erwerbsmöglichkeit verspricht, oder trägt sie nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu bei, so können ihr die Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt oder verweigert werden. Sie muss vorher schriftlich gemahnt und auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden; ihr ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen. Behandlungs- oder Eingliederungsmassnahmen, die eine Gefahr für Leben und Gesundheit darstellen, sind nicht zumutbar (Art. 21 Abs. 4 ATSG).

Der Tatbestand des Art. 21 Abs. 4 ATSG enthält demnach verschiedene Elemente: Eine vorübergehende oder dauernde Kürzung oder Verweige-

rung der Leistung wegen Verletzung der Schadenminderungspflicht setzt einerseits die Zumutbarkeit der (unterbliebenen) medizinischen Behandlung oder erwerblichen Eingliederung voraus. Zum andern muss diese Vorkehrer geeignet sein, eine wesentliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit zu bewirken. Hierfür bedarf es keines strikten Beweises, sondern es genügt eine – je nach den Umständen zu konkretisierende – gewisse Wahrscheinlichkeit, dass die Vorkehrer erfolgreich gewesen wäre. Im Weiteren muss sich die versicherte Person einer solchen Massnahme widersetzt oder entzogen oder nicht aus eigenem Antrieb das ihr Zumutbare dazu beigetragen haben; ab welchem Zeitpunkt eine entsprechende Annahme getroffen werden darf, ist von der richtigen Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens abhängig. Im Übrigen muss die Sanktion in ihrer konkreten Gestalt verhältnismässig sein, indem das Kürzungsmass und die voraussichtliche günstige Wirkung der zumutbaren Massnahme auf den Erwerbsschaden einander entsprechen (SVR 2019 IV Nr. 16 S. 48, 8C\_865/2017 E. 3.3, 2017 IV Nr. 65 S. 203, 9C\_671/2016 E. 2.2 und 4.1.1; Urteil des Bundesgerichts [BGer] 8C\_865/2017 vom 19. Oktober 2018 E. 3.3 und 5.2.2).

Die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG sind streng, wo eine erhöhte Inanspruchnahme der Invalidenversicherung in Frage steht, namentlich wenn der Verzicht auf schadenmindernde Vorkehrer Rentenleistungen auslöst bzw. perpetuiert (Urteil des BGer 9C\_155/2019 vom 24. Juni 2019 E. 2.2.2).

**2.3.2** Art. 21 Abs. 4 ATSG ist auch auf die Invalidenversicherung anwendbar (Art. 1 IVG) und wird im IVG wie folgt ergänzt: Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt der Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern (Art. 7 Abs. 1 IVG). Sodann muss sie an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich dienen, aktiv teilnehmen, insbesondere an medizinischen Behandlungen nach Art. 25 des Bundesgesetzes vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10; Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Als zumutbar gilt jede Massnahme, die der Eingliederung der versicherten Person dient; ausgenom-

men sind Massnahmen, die ihrem Gesundheitszustand nicht angemessen sind (Art. 7a IVG). Die Beweislast für die Unzumutbarkeit einer Massnahme im Sinne von Art. 7 Abs. 2 IVG liegt bei der versicherten Person (BGer 9C\_155/2019 E. 2.2.2).

**2.3.3** Diese Grundsätze gelten auch bei Abhängigkeitssyndromen (vgl. E. 2.2.2 vorne). Kommt die versicherte Person den ihr auferlegten Schadenminderungspflichten nicht nach, sondern erhält willentlich den krankhaften Zustand aufrecht, ist nach Art. 7b Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 21 Abs. 4 ATSG eine Verweigerung oder Kürzung der Leistungen möglich (BGE 145 V 215 E. 5.3.1 S. 225).

**2.4** 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** Bis zum Erlass der die zeitliche Grenze der gerichtlichen Prüfung bildenden (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243) angefochtenen Verfügung vom 13. August 2024 (act. II 355) präsentierte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt:

**3.1.1** Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 19. April 2021 (act. II 243) fest, die Behandlung mit dem kurzwirksamen Benzodiazepin Xanax erfülle gegenwärtig zwei Funktionen, einerseits die der Anxiolyse, andererseits sei es auch protektiv gegen einen erneuten hohen Alkoholkonsum, wie er in der Vergangenheit stattgefunden habe (S. 2). Prognostisch müsse bei einer völligen Abstinenz von wirksamen Sub-

stanzen wieder mit einem erhöhten Alkoholkonsum zur Selbstbehandlung der Angstproblematik gerechnet werden. Insofern würde die geforderte Abstinenz eine Verschiebung hin zu einer somatisch und psychisch wesentlich schwereren Abhängigkeitserkrankung führen. Ein sehr vorsichtiges Umsetzen der "IV Auflagen einer BZD Abstinenz" sei deshalb klar indiziert (S. 3). Geplant sei die Umstellung von Xanax auf Valium und schliesslich Rivotril. Nach der erfolgreichen Umstellung auf Rivotril werde mit einer vorsichtigen Dosisreduktion begonnen (S. 4). Im Idealfall wäre dann eine Abstinenz von Benzodiazepinen Ende 2022 erreicht. Der stationäre Entzug, von welchem oft erwartet werde, dass er einerseits schneller, sicherer und stabiler sei, führe gemäss den Erfahrungen des Referenten in weniger als 20 % der Fälle zu einer stabilen Abstinenz (S. 5).

Im Bericht vom 20. September 2021 (act. II 262) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, im Rahmen des Therapieplanes habe bereits eine erfolgreiche Umstellung von Xanax auf Valium erreicht werden können (S. 3).

**3.1.2** Im psychiatrisch-neuropsychologischen MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 (act. II 301.1 ff.) wurden die folgenden Diagnosen gestellt (act. II 301.1 S. 20):

**Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)**

- Rezidivierende depressive Störung, leichte bis allenfalls mittelgradige depressive Episode (ICD 10 F33.0)
- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), DD: Folgen einer komplexen PTBS (= Posttraumatische Belastungsstörung)
- Mittelgradige neuropsychologische Störung (nach Frei et al., 2016)

**Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)**

- Benzodiazepin-Abhängigkeit (ICD-10 F13.2) mit kognitiven Einschränkungen
- Schädlicher Konsum von Alkohol (ICD-10 F10.1) und Cannabis (ICD-10 F12.01)

Die im MEDAS-Gutachten vom 31. Juli 2020 (act. II 209.1 ff.) empfohlene Entzugsbehandlung von Benzodiazepinen sei nicht erfolgt. Die Beschwerdeführerin gebe an, sie fühle sich dazu nicht imstande, und auch der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ sehe keine Möglichkeit, den

aus gutachterlicher Sicht möglichen Entzug rasch zu bewerkstelligen. Dazu sei aus psychiatrischer Sicht festzuhalten, dass eine langjährige Abhängigkeit durchaus – notfalls unter stationären Bedingungen – innert eines Zeitrahmens von mittlerweile zwei Jahren hätte abgeschlossen werden können. Die Auffassung von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, eine stationäre Behandlung könne zu einer enormen emotionalen Instabilität beitragen, was in der Folge ein gut aufgebautes ambulantes Setting völlig zu zerstören in der Lage sei, werde nicht geteilt. Es handle sich dabei um eine rein spekulative Einschätzung. Die neuropsychologischen Defizite spiegelten sich auch heute auf der Befundebene klar wider, wie anlässlich der Vorbegutachtung (act. II 301.1 S. 20). Aus gutachterlich psychiatrischer Sicht werde an der grundsätzlichen Empfehlung einer Benzodiazepin-Abstinenz festgehalten (S. 21). Im Vergleich zur Vorbegutachtung bestehe eine leichte Stabilisierung, welche sich auch im Bereich der neuropsychologischen Defizite widerspiegle. Jedoch sei die Beschwerdeführerin nach wie vor nicht in der Lage, regelmässig die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin im Betriebsamt mit durchaus hohen Anforderungen an Konzentration und Verantwortung auszuüben (S. 22). Die Reduktion der Benzodiazepin-Medikation bis hin zur Abstinenz wäre durchaus innert eines Zeitraumes von 12 Monaten möglich gewesen (S. 26). Diesfalls sei von einer Arbeitsfähigkeit von 50 bis 70 % auch in angestammter Tätigkeit auszugehen (S. 25).

**3.1.3** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 23. September 2023 (act. II 316) fest, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, an der Diagnosestellung habe sich jedoch nichts geändert. Das Valium habe auf 5 bis 10 mg pro Tag reduziert werden können (S. 1). Die neurokognitiven Einschränkungen, eine mittelgradige neuropsychologische Störung, welche sowohl 2017 und 2020 unverändert festgestellt worden seien, hätten sich in einer Zeitspanne von drei Jahren nicht weiterverändert trotz einer deutlichen Reduktion des Benzodiazepin-Konsums. In der ersten neuropsychologischen Testung (September 2017) seien diese primär in Bezug auf den Benzodiazepin-Konsum und nicht in Bezug auf die Depression und die Angsterkrankung sowie das im neuropsychologischen Gutachten vom 26. Mai 2020 erwähnte Schädelhirntrauma von 2013 diskutiert worden.

Depression und Angsterkrankung könnten erwiesenermassen mit einer neurokognitiven Störung zusammen gehen (S. 4).

Im Bericht vom 18. März 2024 (act. II 337 S. 5 f.) hielt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ fest, in den Gutachten habe aufgezeigt werden können, dass keine Verbesserung der Neurokognition eingetreten sei. Damit sei die zur Arbeitsunfähigkeit führende Einschränkung der Neurokognition nicht mit der gegenwärtigen Benzodiazepin-Dosis korrelierbar respektive in Verbindung zu bringen. Ferner diene die Behandlung dazu, um eine gravierende Angst- und auch Alkoholproblematik einzudämmen. Es sei also im Umkehrschluss auch mit einem erneuten hohen Alkoholkonsum zu rechnen (S. 6).

**3.1.4** Der RAD-Arzt Dr. med. D. \_\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 23. Juli 2024 (act. II 353) fest, aus gutachterlicher Sicht sei davon ausgegangen worden, dass unter Benzodiazepin-Abstinenz eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Eine Benzodiazepin-Abstinenz sei als zumutbar erachtet worden, wobei auf die Möglichkeit einer stationären Entzugsbehandlung hingewiesen worden sei. Aus RAD-psychiatrischer Sicht sei anzumerken, dass eine qualifizierte Suchtbehandlung nicht nur die Entzugs-, sondern auch eine Entwöhnungsbehandlung und Nachsorge beinhalte und damit eine kontinuierliche therapeutische Begleitung gewährleistet sei. Unter diesen Bedingungen seien keine Gründe erkennbar, welche die gutachterlich empfohlene Benzodiazepin-Abstinenz als nicht zumutbar erscheinen liessen (S. 4).

## **3.2**

**3.2.1** 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).

**3.2.2** 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 2020 IV Nr. 71 S. 246, 8C\_260/2020 E. 2.2).

**3.3** Das psychiatrische MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 (act. II 301.1 f.) sowie das neuropsychologische Teilgutachten vom 28. Februar 2022 (act. II 301.3) erfüllen die Anforderungen der Rechtsprechung an Expertisen und erbringen vollen Beweis (vgl. E. 3.2.2 vorne). Das psychiatrische MEDAS-Gutachten ist in Bezug auf die befundmässige und diagnostische Einschätzung überzeugend und orientiert sich bei der Frage der funktionellen Auswirkungen der festgestellten (psychischen) Beeinträchtigungen an den normativen Vorgaben gemäss BGE 141 V 281. Insbesondere wurde – wie schon im ebenfalls beweiskräftigen interdisziplinären MEDAS-Gutachten vom 31. Juli 2020 (act. II 209.1 S. 8) – die Erzielung einer Benzodiazepin-Abstinenz überzeugend als notwendig und zumutbar erachtet (act. II 301.1 S. 20, 24). Dadurch könne – so das MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 weiter – eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf 50 bis 70 % in der angestammten Tätigkeit erzielt werden (S. 25).

**3.4** Gestützt auf die Erkenntnisse im MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 forderte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 23. Mai 2022 (erneut) zur Schadenminderung in Form einer Abstinenz von Suchtmitteln auf (act. II 303 S. 1). Die Beschwerdeführerin macht geltend, eine gänzliche Abstinenz sei entgegen dem MEDAS-Gutachten nicht zumutbar (Beschwerde S. 5-9 Ziff. 3-7) und auch nicht geeignet, eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (Beschwerde S. 9 Ziff. 8).

**3.4.1** Soweit unter Berufung auf den behandelnden Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_\_ geltend gemacht wird, ein stationärer Entzug führe nach seinen Erfahrungen in weniger als 20 % der Fälle zu einer stabilen Abstinenz, schwere Rückfälle seien üblich und führten "meist" zu einer enormen emotionalen Instabilität, die ein gut aufgebautes ambulantes Setting völlig zerstören könne (Beschwerde S. 6 Ziff. 3; act. II 243 S. 5), handelt es sich um eine allgemein gehaltene Einschätzung, welche eine blosser Möglichkeit zum Ausdruck bringt. Im MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 wird in dieser Hinsicht deshalb überzeugend ausgeführt, diese Annahme sei spekulativ (act. II 301.1 S. 20), zumal sie ausdrücklich allein auf – nicht näher belegten und namentlich statistisch nicht erhärteten – eigenen Erfahrungen des Dr. med. F.\_\_\_\_\_ basieren, ohne auf die spezielle Situation der Beschwerdeführerin einzugehen. Dasselbe trifft auf die Annahme zu, bei einem gänzlichen Entzug käme es zu einer "Verschiebung hin zu einer somatischen und psychischen wesentlich schwereren Abhängigkeitserkrankung" im Sinne eines überhöhten Alkoholkonsums (Beschwerde S. 5 f. Ziff. 3; act. II 316 S. 4; 262 S. 3 f.). Zudem hielt der RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ diesem Einwand überzeugend entgegen, dass eine qualifizierte Suchtbehandlung nicht nur die Entzugs-, sondern auch eine Entwöhnungsbehandlung und eine entsprechende Nachsorge beinhaltet und somit therapeutisch einem etwaigen Wechsel von der einen zu einer anderen Substanz entgegengewirkt werden kann (act. II 353 S. 4). Im Weiteren ist dem Einwand von Dr. med. F.\_\_\_\_\_, im Falle einer Abstinenz sei mit einem "hohen Schaden zu rechnen" (act. II 337 S. 6), mit dem RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_\_ entgegenzuhalten, dass auch bei einer Fortsetzung der ärztlich verordneten Behandlung mit Benzodiazepinen "hohe" und irreversible Schäden drohen (act. II 343 S. 4). Im Übrigen wäre die behauptete

Verschlechterung nicht zuletzt vor dem Hintergrund zu erblicken, dass durch das wiederholte Infragestellen der Wirksamkeit eines Benzodiazepin-Entzugs seitens des behandelnden Arztes mittlerweile tatsächlich die Möglichkeit (nicht aber die überwiegende Wahrscheinlichkeit) einer selbsterfüllenden Prophezeiung bestehen könnte.

**3.4.2** Im Weiteren lässt sich entgegen der Beschwerdeführerin auch gestützt auf den Bericht von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom 23. September 2023 (act. II 316; Beschwerde S. 5 Ziff. 3) nicht auf eine Unzumutbarkeit der Entzugsbehandlung schliessen: Zwar macht er darin geltend, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich (im Zuge der Abdosierung von Benzodiazepinen) verschlechtert (S. 1). Dabei fällt jedoch auf, dass der Psychostatus nicht nur wie von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ deklariert "im Grossen und Ganzen" (act. II 316 S. 6) derselbe war wie im Bericht vom 20. September 2021 (act. II 262 S. 5) – mithin kurz nach Beginn der Behandlung –, sondern identisch, so dass eine Verschlechterung objektiv nicht erstellt ist. Zudem gingen die Gutachter nicht davon aus, dass bereits die Reduktion der Benzodiazepine zu einer Verbesserung führe, sondern erst die vollständige Abstinenz. Diese lag jedoch bislang zu keinem Zeitpunkt vor, weshalb selbst im Falle der behaupteten Verschlechterung keine Rückschlüsse in Bezug auf die Befindlichkeit bei einer dauerhaften Abstinenz gezogen werden könnten.

**3.4.3** Schliesslich kann auch nicht direkt von in der Vergangenheit gescheiterten Entzugsbehandlungen auf die Nutzlosigkeit künftiger Therapien geschlossen werden (Beschwerde S. 6-8 Ziff. 5): So folgt aus dem Austrittsbericht der Klinik G. \_\_\_\_\_ vom 31. Januar 2014 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 4), dass die Beschwerdeführerin entgegen dem Rat der Behandler noch in der Entzugsphase aus der Klinik austrat (S. 2). Dem Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik H. \_\_\_\_\_ vom 7. April 2014 (act. I 5) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin den Benzodiazepin-Konsum aufrechterhielt bzw. sie nicht bereit war, vollständig darauf zu verzichten (S. 1). Auch wollte sie – wiederum entgegen der Empfehlung der Behandler – das Angebot einer Tagesklinik oder einer Psychiatriespitex nicht in Anspruch nehmen (S. 3). Mithin war die Mitwirkung beide Male nicht optimal. Ob sodann die Behandlung in der Klinik I. \_\_\_\_\_ im

Frühling 2017 (Beschwerde S. 7), welcher die Beschwerdeführerin "ambivalent" gegenüberstand (act. II 186 S. 8), vorrangig dem Entzug diene, geht aus dem Bericht vom 26. Juni 2017 (act. II 186 S. 7 ff.) nicht hervor, womit daraus für die Zumutbarkeit und die Erfolgsaussichten eines gänzlichen Entzugs ebenso wenig abgeleitet werden kann. Diesen Behandlungsergebnissen stehen sodann jene des Aufenthalts in der Klinik J. \_\_\_\_\_ im Jahr 2012 (act. II 75) gegenüber, in dessen Rahmen die Beschwerdeführerin bei offenbar besserer Compliance eine immerhin etwa anderthalbjährige Abstinenz erzielen konnte (act. I 5 S. 2). Mithin lässt sich die Schlussfolgerung in der Beschwerde, die Erfahrungen aus den bisherigen Entzugsbehandlungen würden "einhellig" zeigen, dass ein Entzug zu einer Instabilität führe (Beschwerde S. 7 f.), anhand der bisherigen Berichte nicht stützen, da den jeweiligen Behandlungen keine optimale Therapieadhärenz (Einhaltung des Therapieplans) zugrunde lag. Schliesslich kann die Beschwerdeführerin auch aus dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_\_ 2. Januar 2017 (act. II 137.1; Stellungnahme vom 29. Oktober 2024 S. 2) nichts zu ihren Gunsten ableiten, da der damalige Gutachter die Situation betreffend den Suchtmittel-Konsum allein beschrieben hatte, ohne eine eigene medizinische Einschätzung abzugeben (act. II 137.1 S. 24).

**3.4.4** In der Folge ist die Zumutbarkeit eines gänzlichen Benzodiazepin-Entzugs erstellt bzw. ist dessen Unzumutbarkeit im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes nicht bewiesen (vgl. E. 2.3.2 vorne).

### **3.5**

**3.5.1** Die Beschwerdeführerin bezweifelt ferner, dass die angeordnete Abstinenz der Eingliederung diene (Beschwerde S. 9 Ziff. 8). Dieses Vorbringen betrifft die Frage der Geeignetheit der Massnahme (vgl. E. 2.3.1 vorne).

Insoweit macht die Beschwerdeführerin gestützt auf den Standpunkt von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ (act. II 243 S. 2; 262 S. 3; 316 S. 4; 337 S. 5) zunächst geltend, die kognitiven Defizite seien multifaktoriell und nicht (allein) auf den Benzodiazepin-Konsum zurückzuführen (Beschwerde S. 9 Ziff. 8). Im MEDAS-Gutachten vom 31. Juli 2020 (act. II 209.1) wurde zur Ätiologie der neurokognitiven Defizite ausführlich Stellung genommen und

insbesondere festgehalten, dass das Funktionsdefizit aus neurologischer Sicht nicht als Ausdruck einer strukturellen Hirnläsion interpretiert werden könne. Dabei wurde ausdrücklich auch auf das in der Beschwerde erwähnte Schädelhirntrauma von 2013 (S. 9 Ziff. 8) Bezug genommen und das Vorliegen von Traumafolgen gestützt auf eine aktuelle Bildgebung überzeugend verneint (act. II 209.1 S. 6 f.). Weiter haben die Gutachter die kognitiven Defizite und in der Folge die Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen der Benzodiazepin-Abhängigkeit zugeschrieben (S. 7; act. II 209.2 S. 14 f.), wohingegen sie den rein psychiatrisch begründeten Diagnosen im Ursachenspektrum eine untergeordnete Rolle zuwiesen (act. II 209.1 S. 5). Dass sich daran bis zum massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2024 etwas geändert hätte, ist nicht ersichtlich. Soweit Dr. med. F. \_\_\_\_\_ der Einschätzung der MEDAS-Experten entgegenhält, auch Depression und Angsterkrankung "können" mit einer neurokognitiven Störung einhergehen (statt vieler: act. II 316 S. 4), so stellt dies eine allgemeine Aussage dar, welche nicht genügt, konkrete Zweifel an den anderweitigen Schlussfolgerungen im MEDAS-Gutachten zu wecken (vgl. E. 3.2.2 vorne). Dass bereits im Jahr 2007 neuropsychologische Defizite erhoben wurden (act. I 3; Beschwerde S. 8 Ziff. 6), trifft zwar zu, steht dieser Einschätzung schliesslich ebenfalls nicht entgegen, bestand doch die damalige Medikation ebenfalls bereits u.a. aus Demetrin, einem Benzodiazepin. Zudem führten die Behandler diese Einschränkungen auf den Alkoholkonsum zurück (act. I 3 S. 5), welcher mittlerweile nicht mehr vorliegt und – wie ausgeführt – auch bei einem Benzodiazepin-Entzug nicht droht.

**3.5.2** Sodann wurde im MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 im Falle einer Abstinenz eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 50-70% in angestammter Tätigkeit angenommen (act. II 301.1 S. 21, 25). Die Beschwerdeführerin kritisiert, dies sei zu wenig begründet (Beschwerde S. 9 f. Ziff. 8 f.). Die Einschätzung basiert auf der – dem Dargelegten zufolge überzeugenden – Annahme der Wirksamkeit einer Entzugsbehandlung, in deren Folge mit einem Wegfall der erheblichen, suchtbedingten neurokognitiven Einschränkungen gerechnet werden kann. Dass daraus mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.3.1 vorne) – bzw. hier sogar mit überwiegender Wahrscheinlichkeit – eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit

resultiert, leuchtet ohne weiteres ein. Ebenso ist deren Einschätzung – zumal wenn sie, wie hier, hypothetisch und prognostisch erfolgt – naturgemäss mit Ermessenszügen behaftet, welchem Umstand im Gutachten mit einer Spannweite von 50-70 % Rechnung getragen wird. Es liegen keine Berichte im Recht, die an dieser Beurteilung konkrete Zweifel wecken. Namentlich zeigen die Berichte von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ dem Dargelegten zufolge keine medizinischen Aspekte auf, welche die Folgeabschätzung des psychiatrischen Experten als unangemessen erscheinen lassen. Dass im Gutachten vom 26. April 2022 die Benzodiazepinabhängigkeit als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit erachtet wurde (act. II 301.1 S. 20), ändert am notwendigen Entzug respektive dessen Geeignetheit nichts: Aus dem Gutachten ergibt sich mit aller Klarheit, dass ein Entzug zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führt.

**3.5.3** Demnach ist die Anordnung eines vollständigen Benzodiazepin-Entzugs auch geeignet, eine wesentliche Steigerung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu bewirken.

**3.6** Im MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 wurde festgehalten, dass im Falle einer (hier zumutbaren, geeigneten und verhältnismässigen) Abstinenz von Benzodiazepinen (act. II 301.1 S. 25) eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit – mithin als ... – im Umfang von 50-70 % zumutbar wäre. Für eine darüberhinausgehende Invalidität bestehen keine Anhaltspunkte; insbesondere ist weder ersichtlich noch wird vorgebracht, dass die mit E-Mail vom 17. Juni 2024 (act. II 349) geltend gemachten Beeinträchtigungen eine zusätzliche Einschränkung bewirken. Damit ist die (hypothetische) Arbeitsfähigkeit resp. die günstige Wirkung des zumutbaren Entzugs auf den Erwerbsschaden erstellt. Diese entspricht dem Kürzungsmass (vgl. E. 5.2 hinten), womit auch die Verhältnismässigkeit der Massnahme zu bejahen ist (vgl. E. 2.3.1 vorne).

#### 4.

Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mehrfach und erstmals bereits mit Schreiben vom 16. November 2020 zur Schadenminderung im Sinne eines Suchtmittel-Entzugs aufgefordert (act. II 218; 232; 303]) und auf die Säumnisfolgen im Falle ungenügender Mitwirkung hingewiesen, womit sie das Mahn- und Bedenkzeitverfahren (vgl. E. 2.3.1 vorne) korrekt durchgeführt hat. Gegenteiliges wird auch nicht geltend gemacht. Im Weiteren verkennt das Gericht nicht, dass es der Beschwerdeführerin gelang, den Benzodiazepin-Konsum zu reduzieren (act. II 316 S. 1). Unbestrittenermassen erfolgte jedoch kein vollständiger Entzug. Wohl hat sich die Beschwerdeführerin diesem nicht gleichsam widersetzt, jedoch zumindest nicht das ihr Mögliche und Zumutbare beigetragen, um eine Abstinenz zu erzielen. Zu berücksichtigen ist denn auch, dass die Anforderungen an die Schadenminderungspflicht hier streng zu handhaben sind, nachdem im Falle einer fehlenden Abstinenz die Weiterausrichtung von Rentenleistungen im Umfang einer ganzen Invalidenrente zur Debatte steht (vgl. E. 2.3.1 vorne). Sodann stand der Beschwerdeführerin für die Erfüllung der Schadenminderungsaufgabe seit November 2020 (act. II 218) genügend Zeit zur Verfügung, um die Abstinenz zu erzielen. Der behandelnde Psychiater Dr. med. F. \_\_\_\_\_ ging im Bericht vom 19. April 2021 denn auch von einem möglichen Erreichen der Abstinenz per Ende 2022 aus (act. II 243 S. 5). Entsprechend wäre bei Befolgung der Anweisung die Behandlung im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. August 2024 (act. II 355) durchgeführt gewesen und eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf 50-70 % (vgl. E. 3.5.2 vorne) mit mindestens der von der Rechtsprechung geforderten gewissen Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 2.3.1 vorne) erfolgt. Daran änderte auch nichts, wenn als Referenzzeitpunkt allein die letzte Aufforderung zur Schadenminderung vom 23. Mai 2022 (act. II 303) und als massgeblicher Zeitraum, innert welchem die Abstinenz zu erreichen gewesen wäre, die im MEDAS-Gutachten vom 26. April 2022 postulierten 12 Monate (act. II 301.1 S. 26) zugrunde gelegt würden. In der Folge ist die Beschwerdeführerin so zu stellen, wie wenn der Entzug erfolgreich verlaufen wäre, was unter den gegebenen Umständen nicht zutrifft, womit ein Verstoß gegen die Schadenminderungsaufgabe vorliegt und eine Anpassung bzw. Kürzung der Leistung nach Massgabe einer 50-70%igen Arbeitsfähigkeit zu erfolgen hat (vgl. E. 2.3.3).

## 5.

**5.1** 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG).

**5.2** Die Ermittlung des Invaliditätsgrades wird beschwerdeweise zu Recht nicht in Frage gestellt:

Die Beschwerdegegnerin legte bei dessen Berechnung sowohl hinsichtlich des Valideneinkommens als auch bezüglich des Invalideneinkommens Tabelle T17, Position 42 (Bürokräfte mit Kundenkontakt), Total Frauen, der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2020 zugrunde (act. II 355 S. 2). Unter dem Blickwinkel des Valideneinkommens ist namentlich zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin als gelernte ... (act. II 6 S. 1) letztmals beim L.\_\_\_\_\_ eine Anstellung innehatte, diese jedoch befristet war (act. II 177 S. 2 und 178 S. 2), womit das tatsächlich erzielte Erwerbseinkommen nicht oder nicht hinreichend genau bestimmt werden kann und folglich statistische Werte nach Art. 25 Abs. 3 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) zur Anwendung gelangen (Art. 26 Abs. 4 IVV). Die zugrunde gelegte Tabellenposition ist somit nicht zu beanstanden.

Bezüglich des Invalideneinkommens steht fest, dass die Beschwerdeführerin aktuell keine Erwerbstätigkeit ausübt (act. II 301.1 S. 5), indes die bisherige Tätigkeit als ... im Umfang von 50-70 % (act. II 301.1 S. 25) – mithin durchschnittlich 60 % (Urteil des BGer 9C\_782/2019 vom 15. April 2020 E. 2.2) – zumutbar wäre. Entsprechend legte die Beschwerdegegnerin zu Recht dieselbe Tabellenposition wie beim Valideneinkommen zugrunde (act. II 355 S. 2; vgl. Art. 26<sup>bis</sup> Abs. 2 Satz 1 i.V.m. Art. 25 Abs. 3 IVV).

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines vorliegend nicht zu beanstandenden Abzugs vom Tabellenlohn von 10 % (act. II 355 S. 2; in BGE 148 V 321 nicht publ. E. 6.2 des Urteils des BGer 8C\_104/2021 vom 27. Juni 2022), vorliegend mithin 46 % ( $100 \% - [60 \% \times 0.9]$ ). Demnach ist die Invalidenrente auf 40 % einer ganzen Rente (Art. 28b Abs. 4 IVG; vgl. act. II 355 S. 1; 360 S. 1) zu kürzen.

## 6.

Zusammenfassend besteht die angefochtene Verfügung vom 13. August 2024 zu Recht und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

## 7.

**7.1** 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.--, hat bei diesem Ausgang des Verfahrens die unterliegende Beschwerdeführerin zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese sind dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe zu entnehmen.

**7.2** Nach Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG (Umkehrschluss) hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die obsiegende Beschwerdegegnerin hat als Sozialversicherungsträgerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. dazu auch BGE 128 V 124 E. 5b S. 133).

**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):
  - B. \_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern (samt Eingabe der Beschwerdeführerin vom 29. Oktober 2024)
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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