

200 21 772 IV
KOJ/SVE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 7. April 2022

Verwaltungsrichter Kölliker, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Mauerhofer, Verwaltungsrichter Ackermann
Gerichtsschreiberin Schwitter

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Oktober 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1971 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Dezember 2016 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) unter Hinweis auf einen im September 2016 erlittenen Augeninfarkt links zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle des Kantons Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 6). Die IVB tätigte in der Folge erwerbliche und medizinische Abklärungen. Ferner gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Assessments Visuelle Beeinträchtigung (AB 42, 52). Mit Verfügung vom 27. Juni 2018 (AB 67) verneinte die IVB einen Leistungsanspruch mangels objektiver Befunde für das Vorliegen einer leistungsrelevanten Gesundheitsstörung gestützt auf Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 48, 66), was vom Verwaltungsgericht mit Urteil vom 25. Juni 2019 (AB 82; VGE IV/2018/602) bestätigt wurde. Die hiergegen erhobene Beschwerde (AB 83 S. 2) hiess das Bundesgericht (BGer) mit Entscheid vom 20. Januar 2020, 8C_559/2019 (AB 88), gut und wies die Sache in Aufhebung der Verfügung vom 27. Juni 2018 und des kantonalen Urteils vom 25. Juni 2019 an die Verwaltung zurück, damit sie – allenfalls nach vorgängiger Klärung der Statusfrage – ein den Grundsätzen nach BGE 141 V 281 entsprechendes psychiatrisches Gutachten einhole und gestützt darauf in Berücksichtigung des gesundheitlichen Verlaufs neu verfüge (a.a.O., E. 6).

In der Folge tätigte die IVB abermals medizinische und erwerbliche Abklärungen. Insbesondere veranlasste sie eine Abklärung an Ort und Stelle (Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 15. September 2020 [AB 105]) sowie eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Expertise vom 14. März 2021 [AB 131]; Stellungnahme vom 18. Juni 2021 [AB] 140). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (AB 142 ff.) verneinte die IVB mit Verfügung vom 7. Oktober 2021 (AB 146) einen Leistungsanspruch mangels eines Gesundheitsschadens mit invalidisierender Wirkung im Rechtssinne.

B.

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt B._____, mit Eingabe vom 8. November 2021 Beschwerde mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung der IV-Stelle Bern vom 7. Oktober 2021 sei aufzuheben.
2. a) Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen IV-Leistungen (Invalidenrente, weitere berufliche Massnahmen) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. Verzugszins zu 5 % ab wann rechtens zuzusprechen.
b) Eventualiter: Es seien ergänzende medizinische und/oder beruflicherwerbsbezogene Abklärungen durchzuführen.
3. Es sei die Administrativgutachterin, Frau Dr. med. C._____, durch das Gericht aufzufordern, schriftlich Stellung zu beziehen:
 - a) zu den divergierenden Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit in ihrem Bericht vom 16. Juni 2021 einerseits und unter Ziff. 8.2, Seite 21 ihres Gutachtens vom 14. März 2021 andererseits sowie
 - b) zum Bericht von Frau Dr. med. D._____ vom 18. Oktober 2021, speziell zu den dortigen, unterschiedlichen Beurteilungen der Fähigkeitsbeeinträchtigungen gemäss Mini-ICF, der Arbeitsfähigkeit und zur Frage der Einnahme des Antidepressivums.
4. Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) durchzuführen.
5. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 9. Dezember 2021 auf Abweisung der Beschwerde.

Die Beschwerdeführerin hielt am 7. Januar 2022 am Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Schlussverhandlung fest.

Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Januar 2022 setzte der Instruktionsrichter den Termin für die öffentliche Schlussverhandlung fest. Gleichzeitig gab er den Parteien die Zusammensetzung der Spruchbehörde bekannt.

Mit Eingabe vom 10. Februar 2022 teilte die Beschwerdegegnerin mit, auf eine Teilnahme an der öffentlichen Schlussverhandlung zu verzichten.

An der öffentlichen Schlussverhandlung vom 22. März 2022 ist die Beschwerdeführerin mit ihrem Rechtsvertreter erschienen. Letzterer bestätigte

und begründete im Rahmen seines Parteivortrages die in der Beschwerde gestellten Anträge.

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 7. Oktober 2021 (AB 146). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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 IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 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). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.3

2.3.1 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).

Mit der Diagnose eines Gesundheitsschadens ist noch nicht gesagt, dass dieser auch invalidisierenden Charakter hat. Ob dies zutrifft, beurteilt sich gemäss dem klaren Gesetzeswortlaut nach dem Einfluss, den der Gesundheitsschaden auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hat. Entscheidend ist, ob der versicherten Person wegen des geklagten Leidens nicht mehr zumutbar ist, ganz oder teilweise zu arbeiten. Deshalb gilt eine objektivierte Zumutbarkeitsprüfung unter ausschliesslicher Berücksichtigung von Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung (BGE 142 V 106 E. 4.4 S. 110).

2.3.2 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).

2.3.3 Eine invalidenversicherungsrechtlich erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung liegt nur vor, wenn die Diagnose im Rahmen einer Prüfung auf der ersten Ebene auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Danach liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 S. 287).

2.3.4 Liegt auch unter dem Gesichtspunkt der Ausschlussgründe eine versicherte Gesundheitsschädigung vor, erfolgt schliesslich auf der zweiten Ebene anhand eines normativen Prüfungsrasters mit einem Katalog von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter

Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294). Es gilt im Regelfall nach gemeinsamen Eigenschaften systematisierte Standardindikatoren zu beachten (E. 4.1.3 S. 297), welche sich in die Kategorien „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3 S. 298) und „Konsistenz“ einteilen lassen (E. 4.4 S. 303). Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur (E. 5 S. 304). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6 S. 308).

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 Art. 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 Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente.

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch

zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2021 IV Nr. 54 S. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Im Nachgang zur aufgehobenen Verfügung vom 27. Juni 2018 (AB 67) wurde vorab ein Bericht von Dr. med. E. _____, Fachärztin für Ophthalmologie, zu den Akten gereicht (vgl. dazu bereits VGE IV/18/602, E. 4.8). Weiter lässt sich den Akten in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende entnehmen:

3.1.1 Dr. med. D. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Verlaufsbericht vom 22. April 2020 (AB 97) als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.10), fest (S. 2 Ziff. 3). Der Gesundheitszustand sei stationär (Ziff. 1). Im Verlauf über zweieinhalb Jahre habe es depressive Episoden mit leichter Symptomatik bis Remission mit Restsymptomatik gegeben. Es sei zu einer erneuten mittelgradigen depressiven Episode im Sommer 2018 und erneuter mittelgradiger bis schwerer Episode ab Februar 2020 gekommen (Ziff. 4). Die Prognose zur beruflichen Wiedereingliederung sei vorsichtig positiv, die Beschwerdeführerin könnte mit Hilfe von Eingliederungsmassnahmen zumindest in einem Teilzeitpensum in ihrem angestammten Tätigkeitsfeld eingegliedert werden (S. 3 Ziff. 9). Es bestehe bis auf weiteres eine gesundheitlich begründete Arbeitsunfähigkeit von 60 % (Ziff. 11). Eine Bürotätigkeit ohne zu viel Zeitdruck und Stress in etwas reduziertem Arbeitstempo sei zumutbar (S. 4 Ziff. 14).

3.1.2 Im Verlaufsbericht vom 8. Juni 2020 (AB 98 S. 2 ff.) hielt Dr. med. F. _____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, fest, der Gesundheitszustand habe sich eher verschlechtert (S. 6 Ziff. 1). Somatischerseits habe die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich noch einen Morbus Basedow mit Hyperthyreose erlitten, anschliessend sei eine Therapie erfolgt über 18 Monate, bei Nachweis eines Knoten Struma, aktuell sei sie euthyreot. Zudem bestünden ausgedehnte Schulterbeschwerden bei subacromialem Impingement der Schulter mit leichter AC-Gelenks-pathologie im

März 2018. Ferner bestehe eine deutliche Veränderung der psychischen Situation, wozu Frau Dr. med. D. _____ bereits Stellung genommen habe (Ziff. 2). Da die Hauptbeschwerden im psychiatrischen Bereich lägen, sei für sie zum aktuellen Zeitpunkt nicht beurteilbar, inwieweit Einschränkungen bestünden und die bisherige Erwerbstätigkeit resp. eine angepasste Tätigkeit noch zumutbar sei (S. 7 Ziff. 12, 13, 14). Ergänzende medizinische Abklärungen halte sie aus hausärztlicher somatischer Sicht zum aktuellen Zeitpunkt nicht für angezeigt (Ziff. 18).

3.1.3 Im psychiatrischen Gutachten vom 14. März 2021 (AB 131.1) hielt Dr. med. C. _____ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode ICD-10 F33.0/F33.1, fest (S. 17 Ziff. 6). Im Rahmen der Untersuchung hätten eine leichte Affektlabilität, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Versagens- und Zukunftsängste, eine Antriebsminderung, eine reduzierte Belastbarkeit, eine schlechte Schlafqualität und eine Somatisierungstendenz (Durchfall bei Belastung) objektiviert werden können. Im Verlauf von 2016, noch vor der Augenerkrankung, habe sich zunehmend eine depressive Symptomatik aufgrund einer Überlastung und Überforderung am Arbeitsplatz entwickelt. Im September 2016 habe die Beschwerdeführerin einen Augeninfarkt und in der Folge eine starke Reduzierung des Sehvermögens auf dem betroffenen Auge erlitten. Da man ihr mitgeteilt habe, dass ein solcher Infarkt auch jederzeit das zweite Auge betreffen könnte, sei es darüber hinaus zur Entwicklung einer starken Angstsymptomatik gekommen, die sich im Verlauf wieder regredient gezeigt habe. Damit die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt werden könne, müssten mindestens zwei klar abgrenzbare depressive Episoden objektiviert werden. Bei der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass die erste depressive Episode von September 2016 bis Ende 2017 gedauert habe. Aufgrund der weitgehenden Regredienz der Symptomatik habe sie sich Anfang 2018 auf Stellensuche begeben. Etwa ab August 2018 sei von einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik auszugehen, nachdem die Beschwerdeführerin ihre Anstellung im G. _____ aufgrund von Überforderung wieder habe aufgeben müssen. Seit Februar 2019 arbeite sie in einer Nach anamnestischen Angaben habe sich dadurch der psychische Zustand verbessert. Gemäss der behandelnden Ärztin

Dr. med. D. _____ habe sich der Gesundheitszustand im Februar 2020 nochmals verschlechtert. Im Bericht vom 22. April 2020 sei eine mittelgradige depressive Symptomatik anhand der objektiven Befunde nachvollziehbar dokumentiert. Bei der Beschwerdeführerin sei nicht von einer Anpassungsstörung auszugehen, da sich die depressive Symptomatik bereits vor der Augenerkrankung im Verlauf von 2016 entwickelt habe und durch den Augeninfarkt verstärkt worden sei (S. 18). Sie befinde sich seit Sommer 2017 in regelmässiger ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Durch die Therapie habe im Verlauf eine Verbesserung der depressiven Symptomatik erreicht werden können. Aufgrund der aktuellen Befunde sei der Einsatz eines Antidepressivums indiziert. Es sei davon auszugehen, dass sich die depressive Symptomatik mittelfristig unter Weiterführung der Therapie und einer psychopharmakologischen Behandlung regredient zeige (S. 20 Ziff. 7.2). Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht aufgrund der depressiven Symptomatik sowie der damals bestehenden Angstsymptomatik von September 2016 bis Juni 2017 nicht arbeitsfähig gewesen sei. Ab Beginn der ambulanten Therapie sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit (bezogen auf ein 40 %-Pensum) ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Ab Januar 2018 sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszugehen. Aufgrund der erneuten Zustandsverschlechterung sei von Oktober bis Dezember 2018 erneut von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ohne Minderung der Leistungsfähigkeit (bezogen auf ein 40 %-Pensum) auszugehen. Ab Januar 2019 sei aus rein psychiatrischer Sicht keine Minderung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (bezogen auf ein 40 %-Pensum) mehr objektivierbar (S. 21 Ziff. 8.1). Auch für eine angepasste Tätigkeit sei von September 2016 bis Therapiebeginn 2017 von keiner Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht auszugehen. Danach bestehe für eine angepasste Tätigkeit keine Minderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr (bezogen auf ein 40 %-Pensum). Eine angepasste Tätigkeit sei eine Tätigkeit in einem ruhigen Arbeitsumfeld, ohne Zeit- und Leistungsdruck mit einfachen, repetitiven Aufgaben. Die Anforderungen an die Flexibilität sowie die Teamfähigkeit seien bei einer solchen Tätigkeit sehr gering. Die Tätigkeit sollte keinen Kundenkontakt umfassen (Ziff. 8.2). Unter einer weiteren Stabilisierung des Gesundheitszustandes sei grundsätz-

lich davon auszugehen, dass rein medizinisch-theoretisch auch eine höherprozentige Arbeitsleistung erbracht werden könne. Bisher sei die Beschwerdeführerin jedoch immer maximal im 40 %-Pensum angestellt gewesen (S. 22 Ziff. 8.3).

In der ergänzenden Stellungnahme vom 18. Juni 2021 (AB 140) führte die psychiatrische Gutachterin aus, dass bezogen auf ein 100 %-Pensum von einer 60%igen Arbeitsfähigkeit ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszugehen sei. Für Tätigkeiten im Haushalt bestünden keine Einschränkungen.

3.1.4 Dr. med. D. _____ hielt in der Stellungnahme vom 18. Oktober 2021 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 4) fest, die Beschwerdeführerin nehme seit 2017 (mit einem kurzen Unterbruch von circa einem Monat) regelmässig Valdoxan ein. Ihres Erachtens habe die antidepressive Medikation nur untergeordnete Bedeutung. In psychischen Belastungssituationen sei es jeweils zu einer Verschlechterung der Befindlichkeit mit Schlafstörungen, grosser Ambivalenz mit Entscheidungsschwierigkeiten, Müdigkeit und reduzierter Energie sowie Gereiztheit gekommen. Nach ihrer Einschätzung bestehe bei einer 60%igen Präsenz am Arbeitsplatz letztlich eine effektive Arbeitsleistung von 40 bis 50 %. Aus ihrer Sicht seien die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie die Selbstbehauptungsfähigkeit deutlich und die Verkehrsfähigkeit leicht eingeschränkt.

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).

Externen Beurteilungen, die nach Art. 44 ATSG im Verwaltungsverfahren eingeholt wurden, ist bei überzeugendem Beweisergebnis volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3

3.3.1 In somatischer Hinsicht macht die Beschwerdeführerin geltend, die Arbeitsrelevanz des Augenleidens sei ausgewiesen (Beschwerde S. 9 Ziff. 11). Das Bundesgericht hielt allerdings fest, dass trotz der Sehbeschwerden eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bestehe (BGer 8C_559/2019, E. 5.1 [AB 88 S. 6]; vgl. hierzu auch VGE IV/2018/602, E. 5.2 [AB 82 S. 23 Ziff. 5.4]). Den nach diesem Entscheid ergangenen Arztberichten lässt sich nichts Gegenteiliges entnehmen. Vielmehr hielt die Hausärztin Dr. med. F. _____ fest, eine ergänzende medizinische Abklärung aus hausärztlich-somatischer Sicht halte sie zum aktuellen Zeitpunkt nicht als angezeigt (AB 98 S. 7 Ziff. 11). Damit ist somatischerseits von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

3.3.2 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. C. _____ vom 14. März 2021 (AB 131) samt ergänzender Stellungnahme vom 18. Juni 2021 (AB 140) erfüllt – jedenfalls was die erhobenen Befunde und die gestellte Diagnose betrifft – die höchstrichterlichen Beweisanforderungen und erbringt diesbezüglich vollen Beweis (vgl. E. 3.2 hiavor), was zwischen den Parteien zu Recht nicht streitig ist (vgl. Beschwerde S. 11 Ziff. 13, Beschwerdeantwort S. 2 Ziff. 3). Die Feststellungen der Gutachterin beruhen auf eigener fachärztlicher Untersuchung und sind in Kenntnis der Vorakten

sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind für die streitigen Belange umfassend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand werden nachvollziehbar begründet, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann (vgl. aber auch E. 4.6 hiernach).

Die Gutachterin begründete die Diagnose für den Rechtsanwender unter Bezugnahme auf die ICD-10-Klassifikation und den psychopathologischen Status nachvollziehbar. So hielt sie fest, dass im Rahmen der aktuellen Untersuchung eine leichte Affektlabilität, ein vermindertes Selbstwertgefühl, Versagens- und Zukunftsängste, eine Antriebsminderung, eine reduzierte Belastbarkeit, eine schlechte Schlafqualität und eine Somatisierungstendenz (Durchfall bei Belastung) hätten festgestellt werden können (AB 131.1 S. 18 Ziff. 6). Es leuchtet folglich ein, dass Dr. med. C. _____ – auch unter Berücksichtigung der im Rahmen des Mini-ICF-Ratings festgestellten Beeinträchtigungen – insgesamt die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (S. 17 Ziff. 6), stellte. Die von Dr. med. C. _____ vorgenommene Diagnosestellung steht überdies auch mit der diagnostischen Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. D. _____ in Einklang (vgl. AB 131.1 S. 18 Ziff. 6), welche ebenfalls von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgeht (vgl. AB 97 S. 2 Ziff. 3). Soweit Dr. med. D. _____ allerdings ab Februar 2020 eine mittelgradige bis schwere Episode diagnostizierte (AB 97 S. 2 Ziff. 4), wird dies nicht näher begründet. So nannte die behandelnde Ärztin auch in der beschwerdeweise eingereichten Stellungnahme vom 18. Oktober 2021 (BB 4) keine wichtigen – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringenden – Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (SVR 2021 IV Nr. 10 S. 29 E. 5.7, 2019 UV Nr. 31 S. 117 E. 3). Was die unterschiedliche Folgenabschätzung betrifft, ist ferner dem Umstand Rechnung zu tragen, dass diese – gerade, aber nicht nur im Bereich der Psychiatrie – eine hohe Variabilität aufweist und unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195, 137 V 210 E. 3.4.2.3 S. 253) sowie dass die behandelnden Ärzte und Psychologen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall die Einschät-

zung eher zu Gunsten ihrer Patienten vornehmen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3a cc S. 353; Entscheid des BGer vom 21. August 2019, 8C_143/2019, E. 4.4.1).

Gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. C._____ ist für den hier massgebenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung erstellt, dass die Beschwerdeführerin an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), leidet (AB 131.1 S. 17 Ziff. 6). Ob die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zutrifft, kann mit Blick auf die nachstehenden Erwägungen offen gelassen werden. Festzuhalten ist immerhin, dass sich die im Gutachten (vgl. AB 131.1 S. 21 Ziff. 8.1) und in der Stellungnahme vom 18. Juni 2021 (AB 140) attestierten Arbeitsunfähigkeiten nicht gegenseitig ausschliessen. So wurde im Gutachten festgehalten, dass *bezogen auf ein 40%-Pensum* in der angestammten Tätigkeit keine Minderung der Leistungsfähigkeit mehr bestehe; dies steht entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 12 Ziff. 14) nicht in Widerspruch zur in der Stellungnahme vom 16. Juni 2021 aufgeführten 60%igen Arbeitsfähigkeit ohne Minderung der Leistungsfähigkeit *bei einem Vollzeitpensum*.

4.

4.1 Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinne sein. Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (Entscheid des BGer vom 17. November 2021, 8C_280/2021 [zur Publikation vorgesehen], E. 6.2.2).

Der bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Gesundheitsschaden stellt keine schwere psychische Störung dar, stellte doch die Gutachterin im Rahmen der rezidivierenden Störung überzeugend zu keinem Zeitpunkt

eine schwere Episode fest (AB 131.1 S. 18 Ziff. 6). Gewichtige Gründe, welche gleichwohl auf einen invalidisierenden Charakter der Erkrankung schliessen lassen würden, sind vorliegend keine ersichtlich.

4.2 Der fehlende invalidisierende Charakter des psychischen Gesundheitsschadens der Beschwerdeführerin zeigt sich denn auch bei Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. dazu E. 2.3.2 ff. hiervor und E. 4.3 ff. hiernach). Hierbei ist zu prüfen, ob der psychiatrisch attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. AB 131.1 S. 21 Ziff. 8.1 f., 140) aus rechtlicher Sicht gefolgt werden kann, wobei hierfür die Beschwerdeführerin die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416). Rechtsprechungsgemäss ist der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann erbracht, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild für eine Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364).

Soweit die Beschwerdeführerin diesbezüglich vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe bei Zweifeln an der Arbeits(un)fähigkeitsschätzung der Gutachterin den Fall dem RAD vorzulegen (Beschwerde S. 6 f. Ziff. 9), kann ihr nicht gefolgt werden. Denn rechtsprechungsgemäss liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 194). Die Frage, ob und in welchem Umfang die Feststellungen in einem medizinischen Gutachten anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf die Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, ist rechtlicher Natur und damit frei überprüfbar (BGE 141 V 281 E. 7 S. 308). Darum kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in einer Expertise abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert gänzlich einbüsse. Darin liegt weder eine Geringschätzung der ärztlichen Beurteilung noch eine gerichtliche Kompetenzanmassung, sondern es ist notwendige Folge des rein juris-

tischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit und Invalidität (Entscheid des BGer vom 25. Juni 2018, 8C_74/2018, E. 5.1). Da es sich folglich um eine Rechtsfrage handelt, ist der Beizug des RAD nicht notwendig.

4.3 Was die Prüfung der ersten Ebene betrifft (vgl. E. 2.3.3 hiavor), zeigte die psychiatrische Sachverständige keine Diskrepanzen im Sinne eines Ausschlussgrundes auf. Insbesondere stellte sie keinen Hinweis für eine bewusste Aggravation, Verdeutlichungstendenz oder gar Simulation fest (vgl. AB 131.1 S. 15 Ziff. 4.1 und S. 20 Ziff. 7.3). Ein invalidisierender Gesundheitsschaden ist damit grundsätzlich nicht ausgeschlossen.

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

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

Beim Indikator der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome gilt es unter anderem, die Schwere des Krankheitsgeschehens anhand aller verfügbaren Elemente aus der diagnoserelevanten Ätiologie und Pathogenese zu plausibilisieren (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298 ff.). Im Rahmen der Untersuchung konstatierte die Expertin – nebst unauffälligen Befunden – eine leichte Affektlabilität, ein leicht vermindertes Selbstwertgefühl, Versagens- und Zukunftsängste, eine leichte Antriebsminderung, eine reduzierte Belastbarkeit, eine schlechte Schlafqualität und eine Somatisierungstendenz (Durchfall bei Belastung; AB 131.1 S. 15 Ziff. 4.3.1). Das Mini-ICF-APP ergab einzig eine leichte Beeinträchtigung der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie eine mittelgradige Beeinträchtigung des Durchhaltevermögens (AB 131.1 S. 16 Ziff. 4.3.2). Insgesamt ging Dr. med. C. _____ daher von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode aus (AB 131.1 S. 178 Ziff. 6). Die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde kann folglich nicht als schwer bezeichnet werden.

Sodann ist auf Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz als wichtige Indikatoren für den funktionellen Schweregrad einzugehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.). Dazu berichtete die Gutachterin, es erfolge seit Sommer 2017 eine regelmässige ambulante psychiatrisch-psycho-

therapeutische Behandlung, wobei eine Verbesserung der Symptomatik habe erreicht werden können. Es sei davon auszugehen, dass sich die depressive Symptomatik mittelfristig unter Weiterführung der Therapie und einer psychopharmakologischen Behandlung regredient zeige (AB 131.1 S. 20 Ziff. 7.2). Mithin liegt offenkundig keine ausgewiesene Behandlungsresistenz vor.

Was den Indikator Komorbiditäten (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) anbelangt, stellte die Gutachterin fest, dass sich die depressive Symptomatik im Verlauf von 2016 noch vor der Augenerkrankung aufgrund einer Überlastung und Überforderung am Arbeitsplatz entwickelt habe und dann durch den Augeninfarkt verstärkt worden sei (AB 131.1 S. 18 Ziff. 6). Gleichzeitig ist festzustellen, dass die Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Augenerkrankung nur von kurzer Dauer war (vgl. AB 18.2 S. 26, 27.2 S. 28 und 38) und das Bundesgericht festhielt, dass trotz der Sehbeschwerden eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit besteht (BGer 8C_559/2019, E. 5.1 [AB 88 S. 6]; vgl. auch E. 3.3.1 hiervor). Zudem verneinte der konsultierte Prof. Dr. med. H. _____, Facharzt für Ophthalmologie, in seinem Bericht vom 6. September 2017 sowohl Einschränkungen bezüglich der bisherigen Tätigkeit wie auch eine Verminderung der Leistungsfähigkeit (AB 38 S. 3) und im Assessment-Bericht des Zentrums I. _____ vom 20. November 2017 wurde die visuelle Beeinträchtigung als nur leichtgradig beurteilt (AB 52 S. 3).

4.4.2 Betreffend den Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) stellte die Expertin keine Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder gar eine Persönlichkeitsstörung fest (AB 131.1 S. 18 Ziff. 6).

4.4.3 Zum Komplex Sozialer Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) hielt die Gutachterin fest, die Beschwerdeführerin lebe mit den beiden jüngeren ihrer drei Töchter zusammen. Sie habe nach der Trennung vom Ehemann im Jahr 2017 (AB 131.1 S. 12 Ziff. 3.2.2) seit ca. eineinhalb Jahren einen neuen Partner. Eine Zeit lang sei sie mit einer Kollegin ... gegangen. Sonntags koche sie für ihre Kinder. Manchmal treffe sie eine Kollegin (AB 131.1 S. 13 Ziff. 3.2.5 f.). Damit hält das soziale Umfeld Ressourcen bereit.

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

4.5.1 Betreffend den Indikator der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.) ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin an freien Tagen um 07.30 Uhr aufstehe, ... und dann die Hausarbeiten erledige oder wasche und Zahlungen mache. Eine Zeit lang sei sie mit einer Kollegin ... gegangen, wozu sie sich aktuell gerade nicht motivieren könne. Die Beschwerdeführerin koche nicht jeden Tag, da die Kinder nicht zuhause essen würden. Sie koche jeweils vor, was die Kinder mitnähmen. Sonntags koche sie für alle. Wenn das Wetter schön sei, verbringe sie viel Zeit im Manchmal treffe sie eine Kollegin. Im Sommer gehe sie gerne Sie habe wieder mit ... angefangen, was aufgrund des Auges zeitweise nicht mehr möglich gewesen sei. Sie habe gemerkt, dass die Konzentrations- und Gedächtnisleistung etwas besser würden, wenn sie „ihr Gehirn gebrauche“. Als Hobbys nannte sie kochen, ..., Sie sei gerne draussen (AB 131.1 S. 13 Ziff. 3.2.6). Eine gesundheitsbedingte Veränderung oder Beeinflussung der Alltagsaktivitäten sowie der sozialen Kontakte wurde gegenüber der Gutachterin folglich nicht beschrieben.

4.5.2 Was den Leidensdruck (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304) angeht, bringt die Beschwerdeführerin namentlich vor, dass die antidepressive Medikation ohne Unterbruch erfolgt sei (Beschwerde S. 8 Ziff. 10). Die Beschwerdeführerin befindet sich sodann seit Mai 2017 zwar in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Anders als anlässlich der öffentlichen Schlussverhandlung vorgetragen, fanden jedoch nur anfänglich wöchentliche und im Zeitpunkt der Begutachtung lediglich noch monatliche Sitzungen statt. Eine teilstationäre oder stationäre Behandlung wollte die Beschwerdeführerin zudem aufgrund der Kinder nicht (AB 131.1 S. 14 Ziff. 3.2.7). Unter diesen Umständen ist kein erheblicher behandlungs- und eingliederungsanamnestischer Leidensdruck ausgewiesen.

4.6 In der Gesamtbetrachtung sind die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt. Es fehlt an einem stimmigen Gesamtbild für die Annahme einer rechtlich

relevanten psychischen Funktionseinbusse (vgl. hierzu BGE 145 V 361 E. 4.4 S. 369 sowie E. 4.2 hiervor), weshalb das Vorliegen eines invalidisierenden psychischen Gesundheitsschadens auch in dieser Hinsicht zu verneinen ist. Vor diesem Hintergrund kann der durch Dr. med. C. _____ psychiatrisch attestierten Arbeitsunfähigkeit (AB 131.1 S. 21 Ziff. 8.1 f.) unter rechtlichen Aspekten nicht gefolgt werden.

Damit ist der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt; weiterer Abklärungen bedarf es nicht (vgl. zur antizipierten Beweiswürdigung BGE 144 V 361 E. 6.5 S. 368, 124 V 90 E. 4b S. 94, 122 V 157 E. 1d S. 162; SVR 2019 IV Nr. 50 S. 163 E. 4), womit sich insbesondere auch die beschwerdeweise beantragten Ergänzungsfragen bei der Gutachterin zu ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und zum Bericht von Dr. med. D. _____ (Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 3) erübrigen.

Mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens sind der Beschwerdeführerin auch keine invalidenversicherungsrechtlichen Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen (vgl. Beschwerde S. 2, Rechtsbegehren Ziff. 2 lit. a).

5.

Zusammenfassend ist die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2021 (AB 146) nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 1'000.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt lic. iur. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 22. März 2022)
 - IV-Stelle Bern (samt Protokoll der öffentlichen Schlussverhandlung vom 22. März 2022)
 - 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 öf-

fentlich-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.