

200 21 777 IV
JAP/ZID/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 23. März 2022

Verwaltungsrichter Jakob, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Wiedmer, Verwaltungsrichterin Mauerhofer
Gerichtsschreiber Zimmermann

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 7. Oktober 2021



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), zuletzt als ... (...) in einem Pensum von 60 % tätig, meldete sich im Januar 2017 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin], Antwortbeilage [AB] 2, 5; vgl. auch AB 14, 91). Im Rahmen erwerblicher und medizinischer Abklärungen liess die IVB die Versicherte auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 43) und unter Aufforderung zur Mitwirkung (AB 63, 71, 74) interdisziplinär (rheumatologisch und psychiatrisch) begutachten (Expertisen der Dres. med. C._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Juni 2018 [AB 76.1, 77.1]) und einen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb erstellen (Bericht vom 20. Juni 2018 [AB 98]). Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 11. März 2019 bei in Anwendung der gemischten Methode (60 % Erwerbstätigkeit und 40 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgraden von 2 % (ab Juli 2017), 13 % (ab Januar 2018) und 25 % (ab April 2018) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (AB 99).

Auf Einwand hin (AB 101 f., 108, 110, 113, 118, 126) empfahl der RAD ein polydisziplinäres Gutachten (AB 127 f.). Gestützt auf die Expertise der MEDAS E._____ (MEDAS) vom 8. Februar 2021 (AB 212.1) sowie einen aktuellen Abklärungsbericht Haushalt/Erwerb vom 13. April 2021 (AB 215; vgl. auch AB 214) stellte die IVB mit neuem Vorbescheid vom 14. April 2021 bei in Anwendung der gemischten Methode (60 % Erwerbstätigkeit und 40 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgraden von 0 % (ab August 2017) und 10 % (ab April 2018) die Abweisung des Leistungsbegehrens hinsichtlich einer Rente in Aussicht (AB 216). Auf Einwand der Versicherten (AB 219, 221, 226 ff., 232; vgl. auch die als "Einwand" bezeichnete Eingabe der behandelnden Psychiaterin vom 6. Juni 2021 [AB 225]) und Stellungnahmen des RAD (AB 230 f.) hin verfügte die IVB am 7. Oktober 2021 wie in Aussicht gestellt (AB 233).

B.

Hiergegen liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dr. B._____, mit Eingabe vom 8. November 2021 Beschwerde erheben und "die Aufhebung der Verfügung und ein Gerichtsgutachten" beantragen. Zudem ersuchte die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 10. November 2021 um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege, welches Gesuch sie auf zweimalige Aufforderung des Instruktionsrichters hin mit Eingabe vom 27. Dezember 2021 präziserte.

Mit Beschwerdeantwort vom 6. Dezember 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingaben vom 27. Februar und 9. März 2022 legte die Beschwerdeführerin weitere Unterlagen ins Recht (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 11-14).

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 233). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und in diesem Zusammenhang insbesondere die Vollständigkeit der Sachverhaltsabklärung.

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.

In formeller Hinsicht macht die Beschwerdeführerin zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs dahingehend geltend, dass ihr die Einsicht in den im Rahmen der Begutachtung durchgeführten Beschwerdvalidierungstest und das erhobene Persönlichkeitsinventar verweigert worden sei; dadurch werde ihr jegliche kritische Würdigung des Gutachtens verunmöglicht (Beschwerde, S. 2; Eingabe vom 10. November 2021, S. 1).

2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Als dessen Teilgehalt umfasst der Anspruch auf rechtliches Gehör auch das Recht, Einsicht in sämtliche verfahrensbezogenen Akten zu nehmen, die geeignet sind, Grundlage eines späteren Entscheids zu bilden (BGE 143 V 71 E. 4.1 S. 72; SVR 2021 AHV Nr. 17 S. 53 E. 2.1). Aus Art. 29 Abs. 2 BV ergibt sich nach ständiger Rechtsprechung indessen kein Anspruch auf Einsicht in rein interne Akten,

die für die interne Meinungsbildung bestimmt sind und welchen kein Beweischarakter zukommt (BGE 129 V 472 E. 4.2.2 S. 478, 125 II 473 E. 4a f. S. 474, 115 V 297 E. 2g/aa S. 303). Dementsprechend besteht auch im Rahmen einer Begutachtung grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen des Gutachters oder generell in das Gutachten vorbereitende Arbeitsunterlagen, wie Hilfsmittel für die Erstellung eines Gutachtens, etwa schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse oder andere Befunde. Das Gericht kann indessen zum Beizug solcher Dokumente verpflichtet sein, wenn dies im Einzelfall zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen eines Gutachtens angezeigt erscheint (zum Ganzen: SVR 2011 IV Nr. 47 S. 142; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 9. November 2017, 8C_466/2017 E. 4.1.2 m.w.H.).

2.2 Nach dem Dargelegten besteht grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in schriftliche Aufzeichnungen über Testergebnisse bzw. die Rohdaten der durchgeführten Testbatterien (TOMM bzw. FPI [AB 212.5/8 Ziff. 4.3]). In nachvollziehbarer Weise bezeichnete die MEDAS ihre diesbezügliche 'Geheimhaltung' im Schreiben vom 31. Mai 2021 als "allgemein übliches Vorgehen", zumal zum Bezug dieser Tests gegenüber dem Anbieter zum Schutz vor Missbrauch durch unkontrollierte Weiterverbreitung eine Berufsurkunde bzw. ein -diplom oder ein vergleichbarer Nachweis vorzulegen seien (AB 222). Mit Schreiben vom 7. Juni 2021 hielt sie weiter konkludent fest, es handle sich bei den Tests nicht um eine Interpretation, sondern um eine Auswertung, wobei die genannten Informationen es einer Fachperson erlaubten, uneingeschränkt nachzuvollziehen, warum es sowohl im TOMM als auch im FPI zu den im Gutachten referierten Ergebnissen gekommen sei (AB 224). Dementsprechend erscheint der Beizug dieser Dokumente – wie nachfolgend aufgezeigt wird – zur Überprüfung der Grundlagen und Schlussfolgerungen des Gutachtens denn auch vorliegend nicht angezeigt.

3.

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 – vorbehaltlich 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.

3.1

3.1.1 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). 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).

3.1.2 Neben den geistigen und körperlichen Gesundheitsschäden können auch solche psychischer Natur eine Invalidität bewirken (Art. 8 i.V.m. Art. 7 ATSG). Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1 S. 221). Die Sachverständigen sollen die Diagnose so begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikato-

rischen 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).

3.2 Gemäss aArt. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem IV-Grad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3

3.3.1 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).

3.3.2 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft. Die Ermittlung des Valideneinkommens hat so konkret wie möglich zu erfolgen (BGE 144 I 103 E. 5.3 S. 110, 134 V 322 E. 4.1 S. 325; SVR 2021 UV Nr. 26 S. 125 E. 6.1).

3.3.3 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können

nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik (BFS) herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 297; SVR 2019 IV Nr. 28 S. 88 E. 5.1.3).

Es gilt zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Diesem Umstand ist mit einem Abzug vom Tabellenlohn Rechnung zu tragen (BGE 134 V 322 E. 5.2 S. 327, 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad). Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2018 IV Nr. 46 S. 148 E. 3.3). Zu beachten ist, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 S. 20).

3.4 Um den IV-Grad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99; SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 4.2.1).

4.

4.1 Die angefochtene Verfügung basiert in medizinischer Hinsicht auf dem polydisziplinären (Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Kardiologie, Rheumatologie, Psychiatrie) MEDAS-Gutachten vom 8. Februar 2021 (AB 212.1). Die Sachverständigen diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom (DD ausgeprägtes primäres Fibromyalgie-Syndrom [Somatisierungsstörung]) und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aktenanamnestisch eine Polymyalgia rheumatica (PMR [entzündliches Muskelrheuma]; zurzeit unter immunosuppressiver Medikation), eine beginnende bilaterale Femoropatellarthrose, eine formal hypertensive Kardiopathie mit mittelschwerer, konzentrischer linksventrikulärer Hypertrophie (normale systolische LV-Funktion, kein Klappenfehler), anamnestisch ein paroxysmales Vorhofflimmern, kardiovaskuläre Risikofaktoren, eine IgA-Nephritis (Stadium G3a A2), den Verdacht auf NSAR-bedingte Antrumläsionen und auf atrophe Gastritis (anlässlich Gastroskopie im Juli 2020; unter eingesetzter Medikation aktuell beschwerdefrei), eine leichte Varikosis, einen Vitamin-B12-Mangel und einen Vitamin-D-Mangel (je substituiert) sowie eine Aspirinunverträglichkeit (AB 212.1/8 f.). Kardiologisch seien die angegebenen Beschwerden und Befunde nicht konklusiv in Bezug auf die entsprechenden Diagnosen. Der nephrologische Verlauf sei bisher asymptomatisch gewesen; aktuell bestehe eine moderate Nierenfunktionseinschränkung ohne sichere Hinweise auf einen progredienten Verlauf und im vorliegenden Krankheitsstadium seien keine Beschwerden oder Leistungseinschränkungen zu erwarten. Rheumatologisch entspreche das Weichteilschmerzsyndrom einem chronic widespread pain syndrome ohne Hinweise auf eine Aktivität des unter Leflunomid, low-dose-Corticosteroiden und einem TNF-alpha-Blocker stehenden Polymyalgie-Syndroms. Trotz der generalisierten Schmerzen sei die funktionelle Kapazität der peripheren Gelenke intakt, an der Achse bestünden leichtgradige Bewegungsrestriktionen an der HWS und LWS, wobei diese teilweise durch eine Selbstlimitierung erklärt werden könnten. Die Schmerzen im Bereich des vorderen Abschnitts beider Kniegelenke dürften zumindest aufgrund der anamnestischen Angaben und der klinischen Untersuchungsbefunde Ausdruck einer beginnenden Femoropatellarthrose sein. Seitens der rheumatologischen

Beurteilung müsse man davon ausgehen, dass eine leichte bis knapp mittelgradige Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit bestehe: Für die zuletzt praktizierte Tätigkeit dürfte diese 50 % betragen, dies in Folge der Dekonditionierung (Notwendigkeit zur vermehrten Pausenbildung). Demgegenüber könne man der Beschwerdeführerin eine dem Leiden angepasste Tätigkeit in einem Umfang von 8.5 Stunden pro Tag zumuten mit einer rheumatologisch begründbaren Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 %, auch hier wieder begründbar durch eine anzunehmende allgemeine Dekonditionierung, durch die Notwendigkeit zu vermehrten Pausenbildungen und durch die Notwendigkeit, die Körperposition immer wieder verändern zu können. Aus psychiatrischer Sicht sei bei der Beschwerdeführerin keine Diagnose zu vergeben gewesen und die bisher gestellten Diagnosen hätten nicht verifiziert werden können. Anknüpfungsfaktors hierfür sei das divergierende Auftreten der Beschwerdeführerin, ihr vager Beschwerdevortrag sowie die erheblichen Auffälligkeiten, die sich im Rahmen der Beschwerdevalidierung gezeigt hätten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht begründen (AB 212.1/6 ff.). Massgebend für die Gesamt-Arbeitsunfähigkeit sei somit der rheumatologische Fachbereich; diese Einschätzung dürfte Gültigkeit haben ab Aufgabe der beruflichen Tätigkeit im Jahr 2018 und die Arbeitsfähigkeit hiervor dürfte im Rahmen der Anstellungsbedingungen gelegen haben, d.h. bei 80 % für die bisherige Tätigkeit und bei 100 % für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit (AB 212.1/11 f.).

4.2 Im Rahmen eines MRI der LWS nativ vom 10. März 2021 wurde von der Klinik F. _____ folgende Beurteilung erhoben: "Im Segment L5/S1 Osteochondrose mit foraminale Hernie rechts, so dass hier gut eine L5-Wurzelaaffektion denkbar ist bei kranialer Verlagerung der L5-Wurzel rechts, jedoch auch Prolapskomponente rechts paramedian mit Kontakt und Dorsalverlängerung der S1-Wurzel rechts, rezessale Enge links, so dass hier eine S1-Affektion denkbar ist sowie auch foraminale Kontakt der Bandscheibe zur L5-Wurzel links" (AB 213/2).

4.3 Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. G. _____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, bezeichnete in ihrer Stellungnahme vom 17. Mai 2021 das psychiatrische (Teil-)Gutachten als wenig fundiert, un-

vollständig und in sich nicht schlüssig. Dies sei möglicherweise mit der eingeschränkten Informationsübermittlung im Rahmen der gutachterlichen Untersuchung sowie einem teilweise ausgeprägten Verleugnungsmodus der Beschwerdeführerin erklärbar. Aus ihrer Sicht müsste ganz klar eine komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS; aufdrängende, belastende Erinnerungen an Ereignisse wie wiederholende sexuelle Missbräuche und Gewaltszenen [ein eindeutiges Vermeiden von Auslösereizen für diese Erinnerungen persistiere bis zum heutigen Zeitpunkt], kognitive und affektive Einschränkungen [im Zusammenhang mit der Traumafolgestörung]) diagnostiziert und entsprechend eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert werden (AB 221/10 ff. = BB 6).

Mit Eingabe vom 6. Juni 2021 erhob Dr. med. G. _____ Einwand gegen den Vorbescheid vom 14. April 2021 (AB 216) und begründete diesen insbesondere mit einer "komplexen psychischen Trauma- und Re-Traumatisierung und dessen Folgestörungen", was eine volle Arbeitsunfähigkeit zur Folge habe (AB 225).

4.4 Zur Frage nach der Therapieindikation bei Vorhofflimmern wurde die Beschwerdeführerin in der Praxis H. _____ am 24. Juni 2021 (ambulant) kardiologisch untersucht. Dabei zeigte sich ein Befund mit Status nach erhöhten Blutdruckwerten und leichter Vorhofdilatation links, wobei ein Vorhofflimmern 2013 deutlich nachgewiesen worden sei (AB 228/3 = BB 5).

4.5 Dr. phil. I. _____ führte am 10. August 2021 eine psychodiagnostische Untersuchung durch. Hinsichtlich der Persönlichkeitsdiagnostik habe die Beschwerdeführerin im klinischen Interview SKID-5PD die Fragen zu den geforderten symptomatischen Verhaltensweisen der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, Borderline-Typus, dahingehend beantwortet, dass der Verdacht auf die Diagnose ICD-10 F60.31 erhärtet werden könne, dies vor dem Hintergrund der langanhaltenden Traumatisierung als Kind und Jugendliche sowie retraumatisierenden Erlebnissen als Erwachsene, Lebensumstände also, die typisch für die Entwicklung einer Borderline-Persönlichkeitsstörung seien (AB 232/3 = BB 4/2).

4.6 In der Aktennotiz vom 26. August 2021 wies die RAD-Ärztin Dr. med. J. _____, Fachärztin für Neurologie, darauf hin, dass zum Zeit-

punkt des Gutachtens keine radikulären Zeichen (Zeichen einer Nervenwurzelkompression bei der Bandscheibe) bestanden hätten und die Ende Februar 2021 beklagten linksseitigen Schmerzen im Lumbalbereich mit Ausstrahlung in das linke Bein (vgl. dazu im Verlauf der Konsultationen bei Dr. med. K._____, Praktische Ärztin und Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 9. November 2020 bis 18. Mai 2021 die Konsultation vom 25. Februar 2021 [AB 227/6]) schon früher episodisch aufgetreten und selbstlimitierend gewesen seien. Das MRI, welches neben degenerativen Veränderungen auch Bandscheibenvorfälle mit möglichen Wurzelaffektionen beidseits zeige (vgl. E. 4.2 hiervor), müsse in Bezug zu den geklagten Schmerzen gesetzt werden: Ein MRI-Befund alleine sei wenig hilfreich; bei vollständig asymptomatischen Personen könnten Bandscheibenvorfälle mit Kompression der Wurzel zur Darstellung kommen. Das MRI zeige auch keinen eindeutigen Befund und selbst wenn, müsste dieser mit den Symptomen korrelieren. Darüber hinaus könne selbst ein klinisch relevanter Bandscheibenvorfall behandelt werden und bedeute keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit. Folglich könne weiterhin auf das rheumatologische Gutachten abgestellt werden (AB 230/2; vgl. auch AB 231/2 f.).

4.7 Zu den kardiologischen Untersuchungsergebnissen vom 24. Juni 2021 (vgl. E. 4.4 hiervor) nahm RAD-Ärztin med. pract. L._____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, am 1. September 2021 dahingehend Stellung, dass sich bis auf einen erhöhten BMI unauffällige klinische Befunde fänden. Sowohl im Gutachten als auch im neuerlichen Untersuchungsbericht werde eine eingeschränkte Echoqualität beschrieben. Es liege keine wesentliche Veränderung der gemessenen Parameter vor. Unbestritten sei, dass der linke Herzmuskel verdickt sei. Dies habe keine Auswirkung auf das funktionelle Leistungsvermögen bei erhaltener Pumpfunktion (AB 231/3).

4.8 Prof. em. Dr. med. M._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, Zentrum N._____, diagnostizierte im Sprechstundenbericht vom 24. Januar 2022 ein chronic widespread pain syndrome zufolge generalisierter konstituioneller Hyperlaxizität (BB 11).

5.

5.1 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).

5.1.1 Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124 E. 2.2.2 S. 126, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.1.2 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2020 IV Nr. 71 S. 246 E. 2.2). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzun-

gen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, 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).

5.1.3 Die Rechtsprechung hat die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) als anerkannten Standard für eine sachgerechte und rechtsgleiche (versicherungs-) psychiatrische Begutachtung bezeichnet. Sie verstehen sich als Empfehlung, wovon im begründeten Einzelfall abgewichen werden kann. Ein sich formal und inhaltlich nach den Leitlinien richtendes Gutachten soll demnach den Regelfall bilden. Als Standard bei der Begutachtung sind die Leitlinien dem Rechtsanwender bei der Beurteilung der Gutachtensqualität nützlich (BGE 140 V 260 E. 3.2.2 S. 262). Sie sollen die gutachterliche Ermessensausübung strukturieren und diese – insbesondere für die Rechtsanwendung – nachvollziehbar machen. Ein Gutachten verliert jedoch nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an die Leitlinien anlehnt oder (zeitlich) noch gar nicht anlehnen konnte. Der Nichtbefolgung der Begutachtungsleitlinien ist aber bei der Beurteilung des Beweiswertes Rechnung zu tragen, wobei massgebend bleibt, ob ein Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist (SVR 2018 IV Nr. 27 S. 87 E. 3.3).

5.1.4 Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können – insbesondere unklaren Beschwerdebildern inhärente – Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Ohne Einbezug solcher Indizien, wie sie im Rahmen der festen Praxis zu den organisch nicht nachweisbaren unklaren Be-

schwerdebildern (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303, 130 V 352) regelmässig zu berücksichtigen sind, ist eine ärztliche Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nicht beweiskräftig (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297)

5.2 Das MEDAS-Gutachten vom 8. Februar 2021 (AB 212.1) erfüllt die vorerwähnten Anforderungen der Rechtsprechung an eine beweiskräftige versicherungsmedizinische Expertise (vgl. E. 4.1 hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die darin enthaltenen Ausführungen und Feststellungen beruhen auf eingehenden fachärztlichen Abklärungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Einschränkungen getroffen worden. Gestützt darauf haben die Gutachter die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand sowie zur Frage des Zumutbarkeitsprofils überzeugend dargestellt. Insbesondere setzten sie sich auch eingehend und nachvollziehbar mit der Expertise der Dres. med. C._____ und D._____ (AB 76 f.) sowie den übrigen Vorakten (vgl. dazu Eingabe der Beschwerdeführerin vom 10. November 2021, S. 2 oben) auseinander: Internistisch (AB 212.3/11 Ziff. 7.3) und rheumatologisch (AB 212.4/11 Ziff. 7.3) liessen sich keine Divergenzen feststellen. Auf psychiatrischem Fachgebiet wies der psychiatrische Gutachter darauf hin, dass das tadellose Auftreten der Beschwerdeführerin, deren Verhalten und beispielsweise die Tatsache, dass sie im Vorjahr nach ... gereist sei, gegen eine relevante depressive Symptomatik spreche (vgl. dazu E. 5.1.4 hier vor). Gegen eine relevante Traumafolgestörung spreche, dass sie zwischen 1990 und 2018 faktisch durchgehend am Berufsleben teilgenommen habe. Auch aufgrund dieser Auffälligkeiten sei (anders als anlässlich der Begutachtung 2018) ein Beschwerdevalidierungsverfahren durchgeführt worden, das hochauffällige Ergebnisse zu Tage gefördert habe; laut Testmanual sei vom zielgerichteten Vortäuschen einer nicht vorhandenen Symptomatik auszugehen. Seitens der Behandler, insbesondere auch Dr. med. G._____, seien die Angaben der Beschwerdeführerin (offenbar) unkritisch übernommen worden (AB 212.5/10 Ziff. 7.3). Aus kardiologischer Sicht könne man zwar eine mässige Hypertrophie der linksventrikulären Muskulatur feststellen, die durch hohe Blutdruckwerte erklärt werden könne, sonst aber liege ein weitgehend normaler echokardiographischer Befund vor. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit sei nicht mit ausreichender

Wahrscheinlichkeit kardial erklärbar; es handle sich vielmehr um Dekonditionierung und Demotivation (AB 212.7/10 ff. Ziff. 7.2 f.).

Was die Beschwerdeführerin gegen die Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens vorbringt, verfängt nicht:

5.2.1 Die Testverfahren (TOMM/FPI) stellen – entgegen der Beschwerde, S. 2 – keine psychometrischen Untersuchungen dar, welche der neuropsychologischen Fachdisziplin vorbehalten wären (vgl. Entscheide des Bundesgerichts vom 26. Juni 2018, 8C_909/2017, E. 7.2, und des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 14. Juni 2004, I 36/04, E. 4.3, wo entsprechende, durch einen psychiatrischen Fachgutachter veranlasste Untersuchungen in die Urteilsfindung miteinbezogen wurden). Ihnen kommt überdies bloss eine ergänzende Funktion zu und die Sachverständigen stützen ihre Schlussfolgerungen nicht allein auf die Ergebnisse der Beschwerdevalidierung bzw. des Persönlichkeitsinventars, sondern auf die im Rahmen der klinischen Exploration erhobenen Befunde. Einerseits zeigten sich bereits bei diesen Untersuchungen Auffälligkeiten, die nicht vollumfänglich objektiviert werden konnten (AB 212.5/6 Ziff. 4.3, 212.5/9 f. Ziff. 7.3, 224/2 etc.), andererseits traten weder Anhaltspunkte für eine eigentliche Persönlichkeitsstörung zu Tage (AB 212.5/7 Ziff. 4.3), noch wird das Vorliegen einer solchen fachärztlich schlüssig hergeleitet. Zwar postuliert nunmehr Dr. phil. I. _____ eine Borderline-Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.31; AB 232/2 f. = BB 4), belässt es aber bei einer (ihren Ausführungen zufolge zwar erhärteten, aber dennoch blossen) Verdachtsdiagnose, welcher ohnehin eine ärztlich nachvollziehbare Bestätigung fehlt. Soweit Dr. med. G. _____ von einer PTBS ausgeht (insbes. AB 221/10 ff. = BB 6), ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrischen Gutachter übereinstimmend eine solche Erkrankung ausgeschlossen haben (AB 77.1/27, 212.5/10 Ziff. 7.3). Dr. med. G. _____ vermag damit keine wesentlichen Aspekte zu benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. dazu E. 5.1.2 hier vor). Zudem trat Dr. med. G. _____ advokatorisch auf und nahm faktisch die Interessen der Beschwerdeführerin wahr ("Hiermit erhebe ich Einwand gegen diesen vorgesehenen Entscheid" [AB 225]), womit ein eigentlicher Rollenwechsel von der behandelnden Ärztin zur Parteivertreterin statt-

fand. Ihren diesbezüglichen Ausführungen kann deshalb von vornherein nur sehr begrenzter Beweiswert zukommen (Entscheid des BGer vom 6. Juni 2018, 8C_79/2018, E. 4.2).

5.2.2 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin in den Eingaben vom 10. November 2021 und 27. Februar 2022 (je S. 2) lässt sich aus dem Ergebnis des Beck-Depressions-Inventar (BDI; vgl. AB 212.5/8) diagnostisch nicht auf das Bestehen einer psychischen Erkrankung schliessen, handelt es sich dabei doch um ein reines (eindimensionales) Selbstbeurteilungs-Verfahren (vgl. ROLF-DIETER STIEGLITZ, Diagnostik und Klassifikation in der Psychiatrie, 2008, S. 72; PSCHYREMBEL, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl. 2017, S. 219). Eine neuropsychologische Begutachtung war

– ebenso wie zusätzliche spezifische PTBS-Testungen – weder vorgesehen noch erforderlich, da entsprechenden Feststellungen ohnehin lediglich Hilfscharakter zukäme, weil die neuropsychologischen Testresultate nicht ausreichen, um Diagnosen zu stellen und die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen (vgl. SVR 2019 IV Nr. 78 S. 255; Entscheid des BGer vom 17. Oktober 2014, 8C_578/2014, E. 4.2.7; UELI KIESER, Neuropsychologie, in: KIESER/LENDFERS [Hrsg.], Jahrbuch zum Sozialversicherungsrecht 2012, S. 173 f.).

5.2.3 Kardiologisch ergeben sich, anders als in der Beschwerde, S. 2, und in der Eingabe vom 10. November 2021, S. 1, suggeriert, keine relevanten Diskrepanzen. Dr. med. O._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Kardiologie, Praxis H._____, ging im Konsiliarbericht vom 28. Juni 2021 (AB 228 = BB 5) zwar diagnostisch von einem Vorhofflimmern aus, er stützte sich aber nicht auf das neue EKG vom 24. Juni 2021, sondern auf ein solches aus dem Jahre 2013. Ob eine orale Antikoagulation mit Xarelto® indiziert ist oder nicht (vgl. dazu AB 212.7/12 Ziff. 3), stellt eine rein therapeutische Frage ohne Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit dar bzw. wäre höchstens beim Zumutbarkeitsprofil (als Ausschluss von Arbeiten mit erhöhtem Verletzungsrisiko wegen Blutverdünnung) zu berücksichtigen. Die von Dr. med. O._____ am 16. Februar 2022 durchgeführte Untersuchung des Langzeitblutdrucks (BB 13) bestätigte die von den Sachverständigen bereits als kardiovaskulären Risi-

kofaktor berücksichtigte und den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnete Hypertonie (AB 212.1/9 Ziff. 5, 212.7/9 Ziff. 6). Soweit die Beschwerdeführerin gestützt auf eine Internetrecherche (BB 14) von einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden schweren Form des Bluthochdrucks ausgeht und eine eingetretene Gesundheitsverschlechterung postuliert (Eingabe vom 9. März 2022), fehlt hierfür eine fachärztliche Bestätigung und betrifft dies ohnehin einen Zeitraum jenseits des hier massgebenden gerichtlichen Überprüfungshorizonts (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

5.2.4 Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde, S. 2 (vgl. auch Eingabe vom 27. Februar 2022, S. 2), waren im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung bildgebende Zusatzuntersuchungen bezüglich Gelenk- bzw. Rückenbeschwerden, deren Anordnung ohnehin im Ermessen des Gutachters liegen, nicht zwingend, da bei Gesundheitsschäden an der Wirbelsäule die klinische Untersuchung die wichtigste und feinste Prüfung darstellt (Entscheid des BGer vom 29. Juni 2018, 9C_470/2017, E. 3). Allein subjektiv geltend gemachte Schmerzen genügen ohnehin auch im Rahmen einer Begutachtung nicht als medizinische Indikation für radiologische Zusatzabklärungen, zumal die Explorandin nicht ohne Not einer damit einhergehenden Strahlenbelastung ausgesetzt werden soll (vgl. WISMÜLLER/SCHMID/PFEIFER, Risiken einzelner radiologischer Untersuchungsverfahren, in: LEINSINGER/HAHN [Hrsg.], Indikatoren zur bildgebenden Diagnostik, 2001, S. 25 ff.). Auch Prof. em. Dr. med. M._____ vom Zentrum N._____ hat anlässlich der Sprechstunde vom 20. Januar 2022 keine bildgebenden Zusatzuntersuchungen veranlasst und – übereinstimmend mit den MEDAS-Gutachtern (AB 212.1/7) – ein chronic widespread pain syndrome diagnostiziert (BB 11). Bei dieser (von Prof. em. Dr. med. M._____ erst nach Verfügungserlass gestellten) Diagnose (vgl. dazu auch die Ausführungen der Beschwerdeführerin in der Eingabe vom 27. Februar 2022) handelt es sich somit nicht um einen wesentlichen Aspekt, der im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wäre (vgl. dazu E. 5.1.2 hiavor); zudem äussert sich Prof. em. Dr. med. M._____ auch nicht zu einer allenfalls aus dieser Diagnose resultierenden Arbeitsunfähigkeit.

5.3 Eine relevante Änderung trat nach der MEDAS-Begutachtung gemäss den überzeugenden RAD-Aktenbeurteilungen (AB 230 f.) bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung nicht ein. In antizipierter Beweiswürdigung (vgl. 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) erübrigen sich weitere Sachverhaltserhebungen, insbesondere in Form eines Gerichtsgutachtens (vgl. Beschwerde S. 2 i.f. und Eingabe vom 27. Februar 2022, S. 3 i.f.). Mangels psychiatrischer Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ist die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 3.1.2 hiervor) obsolet.

5.4 Nach dem Dargelegten liegt bei der Beschwerdeführerin im Wesentlichen ein chronifiziertes generalisiertes Weichteilschmerzsyndrom vor (AB 212.1/8 f.). Diese gesundheitliche Beeinträchtigung schränkt die Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als ... (...) zu 50 % und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit um maximal 20 % ein. Diese Einschätzung gilt ab April 2018; zuvor hat die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 80 % und in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit 100 % betragen (AB 212.1/11 f.; vgl. auch AB 212.5/4).

6.

6.1 In der angefochtenen Verfügung vom 7. Oktober 2021 ging die Beschwerdegegnerin von einem frühestmöglichen Rentenbeginn per August 2017 (AB 233/1 unten; vgl. zum Wartejahr [Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG] AB 215/4 Ziff. 1.2 und AB 215/9 Ziff. 5.2 i.f. sowie auch Rz. 2017 ff. und Anhang II des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]; vgl. zur Karenzfrist [Art. 29 Abs. 1 IVG] AB 5) und bei der Ermittlung des IV-Grades von einem Status von 60 % Erwerb und 40 % Haushalt (AB 233/1 f.) aus. Ersteres ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, wobei rein gestützt auf das MEDAS-Gutachten die Wartezeit nach Ablauf der Karenzfrist eigentlich nicht erfüllt war. Mit Blick auf die Aussagen der Beschwerdeführerin "der ersten Stunde" (vgl. dazu BGE 143 V 168 E. 5.2.2 S. 174, 121 V 45 E. 2a S. 47) im Intake-Gespräch vom 25. Januar 2017 (AB 14/3) ist fraglich, ob sie im hypothetischen Validitätsfall per Au-

gust 2017 teilerwerbstätig (AB 214, 215/7 Ziff. 3.4) oder vollerwerbstätig (Beschwerde, S. 1 f.; Eingabe vom 27. Februar 2022, S. 3) wäre. Der Status kann jedoch offen bleiben, da – wie die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort, S. 3 lit. C Ziff. 9, zutreffend ausführt – selbst aus einer IV-Bemessung anhand des Einkommensvergleichs (vgl. E. 3.3 hiavor) kein Rentenanspruch resultiert: Per August 2017 ergibt sich ein IV-Grad von 0 % (AB 216/3 oben; vgl. auch AB 215/9 f.) bzw. per April 2018 ein solcher von höchstens 16 % (AB 216/3 unten; vgl. auch AB 215/10; zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123; SVR 2019 IV Nr. 61 S. 198 E. 7.1). Ein zusätzlicher Abzug beim Invalideneinkommen vom Tabellenlohn (vgl. E. 3.3.3 hiavor) ist hier nicht gerechtfertigt (und wurde von der Beschwerdegegnerin zu Recht auch nicht vorgenommen) bzw. ein solcher würde sich ohnehin nicht rentenrelevant auswirken.

6.2 Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. 3.2 hiavor). Die angefochtene Verfügung vom 7. Oktober 2021 (AB 233) ist nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

7.

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

Die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 800.--, werden entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin – vorbehaltlich der Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege – zur Bezahlung aufgelegt (Art. 108 Abs. 1 VRPG).

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

7.3 Zu prüfen bleibt das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

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

7.3.2 Da die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin mit Blick auf Sozialhilfebedürftigkeit (BB 10) erstellt ist, das Verfahren nicht zum vornherein als aussichtslos erschien und die anwaltliche Verbeiständung geboten ist, sind die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege erfüllt. Das entsprechende Gesuch der Beschwerdeführerin ist somit gutzuheissen und es ist ihr Rechtsanwältin Dr. B._____ als amtliche Anwältin beizordnen.

7.4 Festzusetzen bleibt das amtliche Honorar von Rechtsanwältin Dr. B._____. Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung vom 20. Oktober 2010 über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Mit am 10. März 2022 eingegangener Kostennote macht Rechtsanwältin Dr. B._____ ein Honorar von Fr. 2'950.-- (11.8h à Fr. 250.--; richtigerweise hat Rechtsanwältin Dr. B._____ den Aufwand im Zusammen-

hang mit dem Fristversäumnis betragsmässig nicht geltend gemacht [Tel. vom 17. Dezember 2021; Summe "0.00"], weshalb der entsprechende Stundenaufwand von 0.25 vom ausgewiesenen Totalaufwand [12.05h] zu subtrahieren ist) zuzüglich Auslagen von Fr. 76.10 und Mehrwertsteuer (MWST) von Fr. 233.-- geltend, was nicht zu beanstanden ist. Demnach wird der tarifmässige Parteikostenersatz auf Fr. 3'259.10 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon ist Rechtsanwältin Dr. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 2'360.-- (11.8h à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 76.10 und MWST von Fr. 187.60 (7.7 % von Fr. 2'436.10), total somit eine Entschädigung von Fr. 2'623.70, auszurichten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin Dr. B._____ als amtliche Anwältin wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO – jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

5. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'259.10 (inkl. Auslagen und MWST) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin Dr. B._____ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'623.70 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWST) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.

6. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwältin Dr. iur. B._____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern (samt Eingaben der Beschwerdeführerin vom 27. Februar und 9. März 2022)
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.