

200 22 97 IV
WIS/SHE/STA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 9. Februar 2023

Verwaltungsrichterin Wiedmer, Kammerpräsidentin
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch B. _____, lic. iur. C. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 11. Januar 2022



Sachverhalt:

A.

Die 1973 geborene A._____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im April 2021 unter Verweis auf eine seit ca. 17 Jahren bestehende Multiple Sklerose (MS) bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB tätigte in der Folge medizinische und erwerbliche Abklärungen. Insbesondere gewährte sie Frühinterventionsmassnahmen für die Erhaltung des Arbeitsplatzes (AB 13) und holte eine Aktenbeurteilung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 26. Juli 2021 (AB 27) ein. Mit Schreiben vom 27. Juli 2021 (AB 29) forderte die IVB die Versicherte zur Mitwirkung (dreiwöchige stationäre neurologische Rehabilitation) auf. Die Kostenübernahme hierfür wurde von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung abgelehnt (AB 34/2). Nach Rücksprache mit dem RAD (vgl. Beurteilungen vom 2. September 2021 [AB 36 f.]) verzichtete die IVB mit Schreiben vom 3. September 2021 (AB 40) auf die Durchführung der geforderten Rehabilitation, erachtete jedoch eine Untersuchung durch den RAD als notwendig. Diese fand am 12. Oktober 2021 statt (vgl. Untersuchungsbericht vom 13. Oktober 2021 [AB 44]). Mit Mitteilung vom 29. Oktober 2021 (AB 45) schloss die IVB die berufliche Eingliederung ab. Mit Vorbescheid vom 9. November 2021 (AB 46) stellte sie in Aussicht, bei einem Invaliditätsgrad von 33% einen Rentenanspruch zu verneinen. Nach dagegen erhobenen Einwänden (AB 47, 51) holte die IVB eine weitere RAD-Stellungnahme vom 10. Januar 2022 (AB 53) ein und verfügte am 11. Januar 2022 (AB 54) dem Vorbescheid entsprechend.

B.

Mit Eingabe vom 8. Februar 2022 erhob die Versicherte, vertreten durch den B._____, lic. iur. C._____, hiergegen Beschwerde. Sie beantragt, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die

Arbeitsfähigkeit sei neurologisch näher abzuklären. Gleichentags ersuchte sie um Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege.

Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zog die Beschwerdeführerin am 21. Februar 2022 zurück.

Mit Beschwerdeantwort vom 7. März 2022 schliesst die Beschwerdegegerin auf Abweisung der Beschwerde.

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 11. Januar 2022 (AB 54). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 148 V 162 E. 3.2.1 S. 166, 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213). Die angefochtene Verfügung datiert vom 11. Januar 2022 (AB 54), womit sie nach dem Inkrafttreten der IVG-Änderung vom 19. Juni 2020 erging. Der frühestmögliche Zeitpunkt der potentiellen Entstehung des Rentenanspruchs liegt nach dem 1. Januar 2022 (vgl. E. 4.1 hiernach), weshalb die Bestimmungen des IVG und diejenigen der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in der seit 1. Januar 2022 gültigen Fassung massgebend sind (vgl. auch Ziff. 9100 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]; zur Bedeutung von Verwaltungsweisungen vgl. BGE 147 V 79 E. 7.3.2 S. 82, 146 V 224 E. 4.4.2 S. 228).

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 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). Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1^{bis} und 1^{ter} nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1^{bis} IVG). 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

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. 181 E. 2.3).

3.

3.1 Was den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin betrifft, ist den Akten im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1.1 Die behandelnde Neurologin, Dr. med. D._____, Fachärztin für Neurologie, attestierte ab dem 3. Mai 2021 eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. AB 23/2 sowie 47/2).

In dem von Dr. med. D._____ zuhänden der Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht vom 16. Juni 2021 (AB 25) wurden eine MS, schubförmig remittierend, sowie eine rezidivierende depressive Störung diagnostiziert (Ziff. 3). Ein erstes Schubereignis mit wahrscheinlicher Optikusneuritis rechts habe sich in den 90er-Jahren ereignet. 2006, nach bemerkter Beinschwäche rechts (zweiter Schub), welche sich bereits nicht mehr vollständig erholt habe, sei eine MS diagnostiziert worden. Ca. 2018 sei es zu einer weiteren Gehverschlechterung gekommen. Über die Zeit habe sich eine Blasenstörung mit zwei Mal am Tag notwendiger Selbstkatheterisierung entwickelt. Vordergründig spüre die Versicherte die Schwäche und Spastizität im rechten Bein, die ihre Steh- und Gehfähigkeit einschränke (nach ca. 30 Minuten Gehen verkrampften sich die Zehen rechts) und vor allem eine rasche geistige und körperliche Ermüdung und Leistungsintoleranz (Konzentrationsschwierigkeiten, Gereiztheit, Müdigkeit/Fatigue). Es sei mehrfach auch zu depressiven Episoden gekommen, teils mit Angstattacken bis zu Synkopen (Ziff. 1 f.). Die MS sei eine chronisch-entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems mit anzunehmender Progression im Langzeitverlauf. Eine Besserung sei nicht zu erwarten. Ziel der verlaufsmodifizierenden Therapie sei ein möglichst langes Aufhalten der Krankheitsprogression; weitere symptomatische Massnahmen (manuelle und medikamentöse Therapien) seien im Verlauf bzw. der Entwicklung anzupassen (Ziff. 5). Aufgrund der relevanten Einschränkung der Funktionsfähigkeit und Motilität im Rahmen der

neurologischen Grunderkrankung bestehe eine allgemeine, tätigkeitsunabhängige Reduktion der Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Die motorischen Einschränkungen durch die spastische Parese sowie die relevante physische und mentale Fatigue liessen derzeit (langfristige Verschlechterung möglich) eine Arbeitsunfähigkeit von ca. 40% mit um ca. 30% reduzierter Leistungsfähigkeit zu, dies bezogen auf das zeitliche sowie inhaltliche Tätigkeitsfeld (Ziff. 6 f.).

3.1.2 Die RAD-Ärztin Dr. med. E. _____, Fachärztin für Neurologie, führte in der Aktenbeurteilung vom 26. Juli 2021 (AB 27) aus, bei der 47-jährigen Versicherten sei bereits im Jahr 2006 die Diagnose einer MS gestellt worden. Sie befinde sich in regelmässiger neurologischer Behandlung, welche als *lege artis* einzuschätzen sei. Klinisch würden eine leichte spastische rechtsbetonte Parese und neurogene Blasenstörungen angegeben. Die aktuelle EDSS (Leistungsskala, die den Schweregrad der Behinderung bei MS-Patienten zum Zeitpunkt der Erhebung angibt) liege bei 3.5. In den Untersuchungsberichten aus den Jahren 2020 und 2021 würden bei subjektivem Wohlbefinden keine neuen schubverdächtigen Ereignisse berichtet. Auch in der MRI-Bildgebung habe sich ein stabiler Befund gezeigt. Wiederholt werde angegeben, dass das aktuelle Arbeitspensum von 90% als ... die Versicherte an ihre Leistungsgrenze bringe. Diese befinde sich aufgrund von rezidivierenden depressiven Störungen zusätzlich in psychotherapeutischer Behandlung. In diesem Rahmen sei die Aufarbeitung der Erlebnisse in der Kindheit erfolgt. Weiterhin sei über ein schwieriges Verhältnis zum Arbeitgeber und eine Trennung vom Partner im Sommer 2020 berichtet worden. Im letzten psychiatrischen Bericht vom 16. Juni 2021 werde die depressive Störung als aktuell remittiert und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Unter Berücksichtigung der Grunderkrankung und des langen Krankheitsverlaufes der MS sei eine zunehmende Einschränkung der Leistungsfähigkeit durchaus nachvollziehbar. Den Unterlagen sei zu entnehmen, dass aktuell durch die behandelnde Neurologin Dr. med. D. _____ eine Arbeitsunfähigkeit von 50% für die Zeit vom 3. Mai bis 31. Oktober 2021 attestiert werde. Allerdings werde in einem zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstellten Bericht vom 16. Juni 2021 von der gleichen Ärztin eine Arbeitsfähigkeit von 40% mit einer zusätzlichen 30%-

igen Leistungsreduktion angegeben, was unter Berücksichtigung des klinischen Befundes zunächst nicht nachvollziehbar erscheine. Fraglich sei auch, inwieweit die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft seien (z.B. Durchführung einer neurologischen Rehabilitationsbehandlung). Nach Durchsicht der Unterlagen könne auf das erstellte Zumutbarkeitsprofil vom 16. Juni 2021 nicht abgestellt werden. Es bestünden diskrepante Einschätzungen in der Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch die behandelnde Neurologin. Weiterhin sollten zunächst die therapeutischen Massnahmen ausgeschöpft werden. Es empfehle sich die Durchführung einer neurologischen Rehabilitation, am günstigsten im stationären Rahmen für mindestens drei Wochen.

3.1.3 Im Gesuch um Kostengutsprache für eine stationäre Neurorehabilitation vom 29. Juli 2021 (AB 30) führte Dr. med. D. _____ zuhanden des Krankenversicherers aus, die Versicherte leide seit vielen Jahren an einer schubförmigen MS. Unter aktueller verlaufsmodifizierender medikamentöser Therapie bestehe seit vermutlich 2018 Schubfreiheit, jedoch eine nicht unerhebliche Läsionslast mit entsprechenden körperlich-neurologischen Einschränkungen entsprechend einer EDSS von 3.5. Nach langjähriger hochprozentiger Arbeitstätigkeit mit häufigem Überschreiten der Belastungsgrenze würden nunmehr insbesondere eine zunehmende physische und mentale Fatigue, eine rechtsbetonte Parese mit Paraspastik der Beine und eine Blasenstörung mit notwendiger regelmässiger Selbstkatheterisierung in den Vordergrund treten, welche die Versicherte in ihrer Funktionalität im Alltag beeinträchtigten. Zudem bestehe eine psychiatrische Co-Morbidität mit depressiver Störung. Aufgrund der relevanten Einschränkung der Funktionalität und Motilität im Rahmen der neurologischen Grunderkrankung bestehe eine allgemein verminderte Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit aktuell attestierter Arbeitsunfähigkeit von 50%. Die Einschätzung der IVB, welche nun zur Beurteilung eines Leistungsanspruchs eine Intensivierung symptomatischer und aktivierender Therapien im Rahmen einer stationären Neurorehabilitation voraussetze, teile sie (Dr. med. D. _____) als behandelnde Neurologin. Ziel der stationären Neurorehabilitation sei die maximale Förderung somatischer und psychischer Ressourcen mit Aktivierung, Kraftaufbau, Stärkung der Gehfähigkeit und Ausdauer sowie Entgegenwirken einer

Dekonditionierung, um die langfristige Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten optimieren und einschätzen zu können.

Im Bericht vom 1. September 2021 (AB 41/2) diagnostizierte Dr. med. D._____ nebst den im Bericht vom 16. Juni 2021 (AB 25) gestellten Diagnosen einen unklaren Bewusstseinsverlust am 11. Januar 2020, a.e. vasovagale Synkope. Seit einigen Monaten gebe es eine eher schlechte Phase mit Zunahme der vorbekannten Schmerzen im Gesäss, vor allem bei „Erstmobilisation“ nach langem Liegen oder Sitzen. Die Schmerzen strahlten über das Becken in die Oberschenkel aus, deutlich rechtsbetont. Die physiotherapeutische Beurteilung lasse eine muskuläre Ursache/Verkürzung vermuten. Die Versicherte mache nun Dehnübungen. Die Verkrampfung der Zehen vor allem rechts würde auch schleichend zunehmen. Oft könne die Versicherte das Einkrallen auch durch Kneten lange nicht lösen. Das Rauchen von Cannabis trage zur Besserung bei; die Versicherte habe auch wieder begonnen, Magnesium zu nehmen. Seit der Reduktion des Arbeitspensums schaffe sie die Arbeitstage ordentlich, nehme sich auch mehr Zeit, sich um sich selbst zu kümmern, erkundige sich viel über MS-Behandlungsmethoden und -verläufe, grüble aber auch oft. Die IV-Anmeldung bzw. der verbundene Aufwand belaste sie. Obwohl sie gar nicht an eine stationäre Rehabilitation gedacht habe, sei sie nach der Empfehlung der IVB hierfür motiviert und bereit gewesen und fühle sich nun nach wiederholter Ablehnung durch die Krankenversicherung ungerecht behandelt. Obwohl sich weiterhin bei MS unter medikamentöser Behandlung keine schubverdächtigen Ereignisse fänden, scheine eine langsame Progredienz der Paraspastik vorzuliegen, aktuell noch ohne Einschränkung der Gehfähigkeit aber mit schmerzhafter Muskelverkürzung.

3.1.4 Im RAD-Untersuchungsbericht von Dr. med. E._____ vom 13. Oktober 2021 (AB 44) wurden folgende Diagnosen gestellt:

- MS mit primär schubförmigem Verlauf mit leichtgradiger spastischer Hemiparese rechts und neurogenen Blasenstörungen mit Übergang in eine chronisch progrediente Verlaufsform
- anamnestisch bekannte rezidivierende depressive Störung, aktuell vollständig remittiert

Bei der Versicherten seien bereits im Jahr 1998 erste Symptome einer MS mit plötzlichen Sehstörungen (vermutlich Neuritis des Nervus opticus)

aufgetreten. Die Diagnose einer MS sei dann im Jahr 2006 gestellt worden. Die Behandlung sei mit einer immunmodulatorischen Therapie sowie Physio- und Hippotherapie lege artis erfolgt. Bis 2009 sei es zu weiteren Schüben gekommen, deren Symptome sich fast vollständig zurückgebildet hätten. Nach der Umstellung der Therapie sei die Versicherte schubfrei geblieben und auch in der MRI-Bildgebung habe sich ein stabiler Befund mit typischen herdförmigen Veränderungen im Gehirn und Rückenmark ohne Aktivitätszeichen gezeigt. Seit knapp zwei Jahren bemerke die Versicherte ein zunehmendes Schweregefühl und eine Schwäche im Bereich des rechten Beines zuletzt verbunden mit Schmerzen im muskulären Bereich. Durch diese Symptome sei sie sowohl in ihrer Gehfähigkeit als auch beim längeren Stehen deutlich eingeschränkt. Zusätzlich sei eine neurogene Blasenstörung objektiviert worden, was eine Selbstkatheterisierung ein Mal täglich notwendig mache. Bei der durchgeführten neurologischen Untersuchung seien die von der Versicherten angegebenen Störungen reproduzierbar gewesen. Neben einer Kraftminderung und Tonuserhöhung im rechten Bein, insbesondere auch im Fussbereich, habe sich auch eine leichte feinmotorische Störung der rechten Hand gezeigt. Das Gangbild sei leicht hinkend gewesen und die Störungen des Gleichgewichts seien reproduzierbar gewesen. Bezüglich der anamnestisch bekannten depressiven Symptomatik hätten sich aktuell keine Verdachtsmomente gefunden. Auch habe die Versicherte auf Nachfragen diesbezüglich Beschwerden und Symptome verneint. Sie sei insgesamt recht gut an ihre Defizite adaptiert, scheine aber zu einer Bagatellisierung ihrer Beschwerden zu neigen. Nachvollziehbar sei, dass sie ihre Tätigkeit im ... mit einem Pensum von 90% nicht mehr bewältigen könne, da die bestehenden Störungen zu einer deutlichen Leistungseinschränkung führten. Eine permanente Arbeitsüberlastung sollte vermieden werden, da dies für den Gesundheitszustand der Versicherten als prinzipiell ungünstig einzuschätzen sei. Sie möchte unbedingt weiter im ... arbeiten, da dies auch ihrem Naturell entspreche und sie den Umgang mit Menschen brauche. Eine Rückkehr in eine Bürotätigkeit könne sie sich nicht vorstellen. Auch unter Berücksichtigung der vollständig vorliegenden neurologischen Unterlagen müsse bei der Versicherten von einem Übergang der MS von einer schubförmigen in eine chronisch progrediente Verlaufsform ausgegangen werden. Die

behandelnde Neurologin plane daher auch die eventuelle Umstellung der Medikation im nächsten Jahr, was sicherlich sinnvoll wäre. Auch wenn bisher insgesamt von einem günstigen Verlauf der MS ausgegangen werden könne (Krankheitsverlauf > 20 Jahre), könnten keine Aussagen zur Prognose gemacht werden, zumal zuletzt eine Zunahme der Symptomatik in nachvollziehbarer Weise aufgetreten sei. Eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% bestehe seit mindestens Januar 2021, seit 1. Januar 2021 betrage diese 50%. Die Versicherte sei in der Lage, ihre bisherige Tätigkeit als ... fünf Stunden am Tag an fünf Tagen die Woche mit einer Leistungsfähigkeit von 90% auszuüben. Eine angepasste Tätigkeit umfasse leichte und gelegentlich mittelschwere Arbeiten mit Wechselbelastung. Längeres Stehen und Gehen sollten vermieden werden. Nicht geeignet seien auch Tätigkeiten mit Heben und Tragen von schweren Lasten, häufigem Bücken, Überkopparbeiten und in Zwangshaltungen. Tätigkeiten mit Nacharbeit seien nicht möglich. Gleich verhalte es sich wegen der Gleichgewichtsstörungen auch in Bezug auf alle Arbeiten mit Absturzgefahr (auf Leitern und Gerüsten). Die Gebrauchsfähigkeit der Hände sei nicht wesentlich eingeschränkt. Allerdings sollten Tätigkeiten, die eine ausgeprägte Geschicklichkeit der Hände voraussetzten, wegen der leichten feinmotorischen Defizite rechts vermieden werden. Die Wegfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Aufgrund der bestehenden Blasenstörung sollte die Möglichkeit der Toilettenbenutzung jederzeit gegeben sein. Die Ausübung einer derartigen Tätigkeit sei sechs Stunden am Tag an fünf Tagen in der Woche mit einer Leistungsfähigkeit von 90% möglich. Das erstellte Zumutbarkeitsprofil gelte seit 1. Januar 2021.

3.1.5 Dr. med. D. _____ hielt in ihrer Stellungnahme zum Vorbescheid am 16. Dezember 2021 (AB 51/3) fest, die Beschwerdegegnerin habe ihren „Entscheid“ gefällt, ohne ihre Einschätzung als behandelnde Neurologin zu berücksichtigen. Es seien zwar Sprechstundenberichte eingeholt, jedoch keine spezifische Fragestellung an sie gerichtet worden, was ungewöhnlich sei. Als direkt betreuende Fachärztin schätze sie die bestehenden neurologischen Einschränkungen durch die Grunderkrankung einer MS mit EDSS von mindestens 3.5 als so relevant ein, dass an einem Anspruch auf eine Teilrente ihres Erachtens kein Zweifel bestehe. Die Einschränkung der

Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrage derzeit mindestens 50% und werde langfristig eher zunehmen. Die Versicherte habe sich lange gegen den Einfluss ihrer körperlichen und mentalen Einschränkungen auf ihre Arbeitsfähigkeit gewehrt und die Leistungsanmeldung habe sie grosse Überwindung gekostet. Es sei nicht gerecht, dass diese intrinsische Bagatellisierung ihrer Symptome nun zu einer Benachteiligung im Resultat des formalen Prozesses führe.

3.1.6 Dr. med. E. _____ führte in der RAD-Stellungnahme vom 10. Januar 2022 (AB 53) aus, in dem im Einwandverfahren eingereichten Bericht von Dr. med. D. _____ vom 16. Dezember 2021 würden keine neuen medizinischen Sachverhalte mitgeteilt, sondern nochmals der Krankheitsverlauf und die von ihr attestierte Arbeitsunfähigkeit erläutert. Die Versicherte sei von ihr (Dr. med. E. _____) am 12. Oktober 2021 befragt und untersucht worden. Im Vorfeld sei die Beurteilung der zuvor eingeholten medizinischen Unterlagen der verschiedenen Behandler, u.a. auch die Berichte von Dr. med. D. _____, erfolgt. Da daraus der Krankheitsverlauf in den vergangenen Jahren gut nachvollziehbar gewesen sei, hätten sich auch keine spezifischen Nachfragen an die behandelnde Ärztin ergeben. Im Ergebnis der RAD-Untersuchung sei in Übereinstimmung mit der Beurteilung der behandelnden Neurologin eine Arbeitsfähigkeit von 50% in der bisherigen Tätigkeit als ... (hauptsächlich als ... eingesetzt) attestiert worden (Leistungsfähigkeit von 90%, fünf Stunden an fünf Tagen die Woche). Allerdings müsse beachtet werden, dass die stressige Tätigkeit einer .../... als nicht optimal angepasste Arbeit für die Versicherte anzusehen sei, und dass daher in einer optimal angepassten Tätigkeit (mit ruhigerem Arbeitsumfeld, der jederzeitigen Möglichkeit der Toilettenbenutzung etc.) von einer höheren Arbeitsfähigkeit auszugehen wäre (sechs Stunden an fünf Tagen die Woche mit einer Leistungsfähigkeit von 90%). Zusammenfassend lasse sich feststellen, dass nach Durchsicht der neu im Anhörungsverfahren vorgelegten Unterlagen unverändert an der bisherigen Beurteilung aus medizinischer Sicht festgehalten werden könne.

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).

3.2.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b ee S. 354; SVR 2022 UV Nr. 3 S. 8 E. 3.2). Sofern RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (SVR 2018 IV Nr. 4 S. 12 E. 3.2, 2009 IV Nr. 53 S. 165 E. 3.3.2). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Insbesondere sind die von der versicherten

Person aufgelegten Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte mitzuberücksichtigen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung (BGE 125 V 351 E. 3a cc S. 353) nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Vielmehr wird das Gericht entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 ATSG eine Begutachtung veranlasst (BGE 142 V 58 E. 5.1 S. 65, 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 - 4.6 S. 469; SVR 2021 UV Nr. 34 S. 155 E. 2.3).

3.3 Die Beschwerdegegnerin stützt sich im Wesentlichen auf den von der RAD-Neurologin Dr. med. E._____ erstellten Untersuchungsbericht vom 13. Oktober 2021 (AB 44) bzw. die von ihr verfasste Stellungnahme vom 10. Januar 2022 (AB 53). Beide Berichte erfüllen die Voraussetzungen an medizinische Berichte (E. 3.2 hiervor) und überzeugen. Dr. med. E._____ hat sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt und ihre Schlussfolgerungen gestützt auf ihre eigene Untersuchung sowie in Kenntnis der Akten getroffen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar begründet.

Dr. med. E._____ kam in ihrem Untersuchungsbericht vom 13. Oktober 2021 (AB 44) zum nachvollziehbaren Schluss, dass die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als ... aufgrund der MS weiterhin zu 55% (fünf Stunden am Tag an fünf Tagen die Woche mit einer Leistungsfähigkeit von 90% [AB 44/8] und einer allgemeinen Arbeitszeit im Betrieb von 41 Stunden pro Woche [AB 10/3]) arbeits- und leistungsfähig ist. Diese Feststellungen decken sich denn auch weitgehend mit denjenigen der behandelnden Neurologin Dr. med. D._____, welche bezüglich der Tätigkeit als ... eine Arbeitsfähigkeit von 50% attestierte (vgl. etwa AB 23/2, 30, 47/2, 51/3). Betreffend eine leidensangepasste Tätigkeit legte die RAD-Ärztin überzeugend dar, dass eine solche der Beschwerdeführerin zu 65% (sechs Stunden am Tag an fünf Tagen die

Woche mit einer Leistungsfähigkeit von 90% [AB 44/8] bei einer durchschnittlichen betrieblichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden [vgl. Totalwert der vom Bundesamt für Statistik {BFS} herausgegebenen Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche]) zumutbar ist. An den Feststellungen von Dr. med. E. _____ vermögen die Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Insbesondere übt die Beschwerdeführerin – anders als von ihr vorgebracht (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 6) – keine angepasste Tätigkeit aus (vgl. diesbezüglich zutreffend Stellungnahme von Dr. med. E. _____ vom 10. Januar 2022 [AB 53/2], wonach die stressige Tätigkeit einer .../... keine für die Beschwerdeführerin optimal angepasste Arbeit sei).

In der anlässlich des Vorbescheidverfahrens erstellten Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 (AB 51/3) machte die behandelnde Neurologin Dr. med. D. _____ geltend, die Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit betrage derzeit mindestens 50% und werde langfristig eher zunehmen. Aus den Akten ergibt sich, dass sie die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als ... und ... zu 50% arbeitsunfähig geschrieben hatte (vgl. u.a. AB 23/2, 25/2, 47/2). Sie äusserte sich jedoch weder in ihrer Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 noch anderswo zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Daher vermag sie die Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. med. E. _____ weder zu entkräften noch auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ihrer Beurteilungen zu begründen. Weiter ist auf den Grundsatz hinzuweisen, wonach für die Beurteilung des Rentenanspruches die Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Januar 2022 (AB 54) massgebend ist. Die von Dr. med. D. _____ erwähnte möglich zukünftige Verschlechterung ist vorliegend nicht relevant und müsste bei gegebenen Umständen im Rahmen einer Neuanmeldung durch die Beschwerdegegnerin abgeklärt werden (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 130 V 138 E. 2.1 S. 140).

Soweit beschwerdeweise vorgebracht wird, die von Dr. med. D. _____ im Bericht vom 16. Juni 2021 erwähnte „rasche geistige und körperliche Ermüdung und Leistungsintoleranz (Konzentrationschwierigkeiten,

Gereiztheit, Müdigkeit/Fatigue“) sei von Dr. med. E. _____ gänzlich unberücksichtigt geblieben (Beschwerde S. 3 Ziff. 5), vermag dies an der Schlüssigkeit des RAD-Berichts nichts zu ändern. Die erwähnte Ermüdung und Leistungsintoleranz gab Dr. med. D. _____ lediglich in den Berichten bzw. in den Gesuchen vom 19. Dezember 2019 (AB 16/8) an den Hausarzt sowie vom 16. Juni 2021 (AB 25) und 29. Juli 2021 (AB 30) an die Krankentaggeldversicherung an. In den übrigen Berichten (vgl. Berichte der Klinik F. _____ vom 21. August 2019 [AB 7/7], Aufnahmebericht der Psychiatrischen Dienste G. _____ vom 16. Januar 2020 [AB 7/3], von Dr. med. D. _____ vom 18. März 2020 [AB 16/6], 1. September 2020 [AB 16/4], 2. März 2021 [AB 7/1] und 1. September 2021 [AB 41/2], Bericht der Psychiatrischen Dienste G. _____ vom 18. Juni 2021 [AB 24]) wurde die Ermüdung und Leistungsintoleranz nicht erwähnt. Selbst nach Kenntnis des RAD-Untersuchungsberichts vom 13. Oktober 2021 hielt Dr. med. D. _____ in ihrer Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 (AB 51/3) lediglich neurologische Einschränkungen fest. Überdies hat die Beschwerdeführerin anlässlich der RAD-Untersuchung zwar eine Erschöpfung geltend gemacht (AB 44/3). Diese konnte jedoch während der über einstündigen Untersuchung am Nachmittag ärztlich nicht bestätigt werden (AB 44/6). Die in der Beschwerde erwähnten (vgl. S. 3 f. Ziff. 5) und dieser beigelegten Fachartikel (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [BB] 3) vermögen diesbezüglich nichts an der Schlüssigkeit der RAD-Beurteilungen zu ändern.

Aufgrund des Dargelegten ist auf den Untersuchungsbericht vom 13. Oktober 2021 und die ergänzende Stellungnahme vom 10. Januar 2022 – beide von Dr. med. E. _____ verfasst – abzustellen, zumal keine auch nur geringen Indizien vorliegen, welche gegen die Zuverlässigkeit der RAD-Beurteilungen sprechen (vgl. E. 3.2 hiervor). Der Sachverhalt erweist sich damit als durch die Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt und von ergänzenden neurologischen Abklärungen (vgl. Beschwerde S. 2 Rechtsbegehren sowie S. 4) ist 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) abzusehen.

3.4 Aufgrund des Dargelegten ist damit prospektiv (bezüglich retrospektiv vgl. E. 4.1 hiernach) erstellt, dass die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit zu 55% und in einer leidensadaptierten Arbeit zu 65% arbeits- und leistungsfähig ist.

4.

4.1 Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3 S. 300, 129 V 222; vgl. auch Art. 25 Abs. 2 IVV). Die Anmeldung zum Leistungsbezug erfolgte im April 2021 (AB 1), womit gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG der frühestmögliche Rentenbeginn im Oktober 2021 liegen würde. Eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde aber erst ab dem 3. Mai 2021 (AB 47/2, 23/2) attestiert. Bis dahin arbeitete die Beschwerdeführerin in ihrem 90%-Pensum. Selbst in der Leistungsanmeldung von Anfang April 2021 gab sie mit Ausnahme des seit Jahren um 10% reduzierten Arbeitspensums unter der Rubrik „Arbeitsunfähigkeit“ keine weitere Einschränkung an (AB 1 Ziff. 4.3). Echtzeitliche ärztliche Berichte oder Atteste, welche eine über der 10%-igen liegende Reduktion der Arbeitsunfähigkeit vor Anfang Mai 2021 bescheinigten, fehlen. Damit bestand bis Ende April 2021 eine Arbeitsunfähigkeit von höchstens 10%, d.h. die Arbeitsunfähigkeit erreichte nicht das erforderliche Mass von mindestens 20%, welches zur Eröffnung der einjährigen Wartezeit erforderlich ist (vgl. Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute Bundesgericht {BGer}] vom 2. November 2005, I 238/05, E. 2.2). Die Wartezeit begann damit Anfang Mai 2021 zu laufen und das Wartejahr war bei Verfügungserlass im Januar 2022 nicht erfüllt, d.h. zu diesem Zeitpunkt konnte noch kein Rentenanspruch entstehen. Aber selbst, wenn per Verfügungserlass das Wartejahr erfüllt gewesen wäre, änderte dies am Resultat (vgl. E. 4.6 hiernach) – wie nachfolgend dargelegt – nichts.

4.2 Für die Ermittlung des Einkommens ohne Invalidität (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG) ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Das Valideneinkommen bestimmt sich anhand des zuletzt vor Eintritt der Invalidität tatsächlich erzielten Erwerbseinkommens. Unterlag das in den letzten Jahren vor Eintritt der Invalidität erzielte Erwerbseinkommen starken Schwankungen, so wird auf ein angemessenes Durchschnittseinkommen abgestellt (Art. 26 Abs. 1 IVV).

4.3 Erzielt die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität ein Erwerbseinkommen, so wird ihr dieses als Einkommen mit Invalidität (Art. 16 ATSG) angerechnet, sofern sie damit ihre verbliebene funktionelle Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit bestmöglich verwertet (Art. 26^{bis} Abs. 1 IVV). Liegt kein anrechenbares Erwerbseinkommen vor, so wird das Einkommen mit Invalidität nach statistischen Werten gemäss Art. 25 Abs. 3 IVV bestimmt. Kann die versicherte Person aufgrund ihrer Invalidität nur noch mit einer funktionellen Leistungsfähigkeit nach Art. 49 Abs. 1^{bis} IVV von 50% oder weniger tätig sein, so werden vom statistisch bestimmten Wert 10% für Teilzeitarbeit abgezogen (Art. 26^{bis} Abs. 3 IVV).

Soweit für die Bestimmung der massgebenden Erwerbseinkommen statistische Werte herangezogen werden, sind die Zentralwerte der Lohnstrukturerhebung (LSE) des BFS massgebend. Andere statistische Werte können beigezogen werden, sofern das Einkommen im Einzelfall nicht in der LSE abgebildet ist. Es sind altersunabhängige und geschlechtsspezifische Werte zu verwenden (Art. 25 Abs. 3 IVV). Die statistischen Werte nach Abs. 3 sind an die betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen und an die Nominallohnentwicklung anzupassen (Art. 25 Abs. 4 IVV). Bezüglich der Anpassung an die Lohnentwicklung ist nach Geschlechtern zu differenzieren, d.h. es ist auf den Lohnindex für Frauen oder Männer abzustellen (BGE 129 V 408; SVR 2019 IV Nr. 88 S. 297 E. 4.1).

4.4 Vor Eintritt der Invalidität unterlag das Erwerbseinkommen der Beschwerdeführerin starken Schwankungen (vgl. AB 9). Die Beschwerdegegnerin hat daher zur Bestimmung des Valideneinkommens den zwischen

2016 und 2020 erzielte Durchschnittslohn ermittelt (vgl. auch E. 4.2) und diesen auf ein 100%-Pensum hochgerechnet, was einen Betrag von Fr. 54'014.– ergibt. Dies ist nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht gerügt. Angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2022 (Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011-2021, Ziff. 45-47 [Handel und Reparatur von Motorfahrzeugen], 2020 [110.3], 2021 [110.3]); Tabelle Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung, 2022, Quartal 1: 1.9%) ergibt sich ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 55'040.25 (Fr. 54'014.– + 1.9%).

4.5 Die Beschwerdeführerin arbeitet weiterhin als ... im ..., obwohl dies keine leidensangepasste Tätigkeit ist. In einer solchen würden eine höhere Arbeits- und Leistungsfähigkeit wie auch ein höherer Lohn resultieren. Damit verwertet die Beschwerdeführerin ihre verbliebene Leistungsfähigkeit in Bezug auf eine ihr zumutbare Erwerbstätigkeit nicht bestmöglich. Das Invalideneinkommen ist daher anhand statistischer Werte zu bestimmen (vgl. E. 4.3 hiervor). Massgebend ist im vorliegenden Fall die LSE 2018, wurde die LSE 2020 doch erst im April 2022 und damit nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung veröffentlicht (vgl. zum Ganzen Entscheid des BGer vom 17. Dezember 2021, 8C_202/2021, E. 6.2). Gemäss dem Totalwert, Frauen Kompetenzniveau 1, der LSE-Tabelle TA1_tirage_skill_level, verdienen Frauen 2018 durchschnittlich monatlich Fr. 4'371.--. Aufgerechnet auf ein Jahr sowie angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2022 (Totalwert der Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011-2021, 2018 [105.9], 2021 [108.6]; Tabelle Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung, 2022, Quartal 1: 1.9%) sowie die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (vgl. Totalwert der Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche) und unter Berücksichtigung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 65% ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 37'141.50 ($\{ \{ \text{Fr. } 4'371.- \times 12 / 40 \text{ Stunden} \times 41.7 \text{ Stunden} \} / 105.9 \times 108.6 + 1.9\% \} \times 65\%$). Hiervon ist kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Sämtliche Einschränkungen wurden bereits im Zumutbarkeitsprofil genügend berücksichtigt.

4.6 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 55'040.25 (E. 4.4. hiervor) und einem Invalideneinkommen von Fr. 37'141.50 (E. 4.5. hiervor) resultiert

ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 33% ([Fr. 55'040.25 – Fr. 37'141.50] / Fr. 55'040.25 x 100).

4.7 Damit ist die Verfügung vom 11. Januar 2022 (AB 54) nicht zu beanstanden. Die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

5.

5.1 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.--, sind entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdeführerin zur Bezahlung aufzuerlegen und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu entnehmen.

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

5.3 Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege ist infolge Rückzugs vom Geschäftsverzeichnis abzuschreiben.

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. Das Verfahren betreffend Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird vom Geschäftsverzeichnis beschrieben.
5. Zu eröffnen (R):
 - B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Die Kammerpräsidentin:

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.