

200 14 12 IV
LOU/SAW/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 17. April 2015

Verwaltungsrichter Loosli, Kammerpräsident
Verwaltungsrichterin Fuhrer, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiberin Winiger

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 15. November 2013

Sachverhalt:

A.

Die 1969 geborene A._____ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 1. Oktober 2009 unter Hinweis auf einen unfallbedingten Beinbruch (Unfall vom 30. Dezember 2008) zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Akten der IV-Stelle Bern [IVB bzw. Beschwerdegegnerin, act. IIA] 1). In der Folge holte die IVB die Unfallakten ein (act. IIA 14) und führte medizinische und erwerbliche Erhebungen durch (act. IIA 16 ff.). Da die Versicherte seit mehreren Jahren auch an psychischen Beschwerden litt (act. IIA 19 S. 11), veranlasste die IVB zudem eine interdisziplinäre neurochirurgisch-psychiatrische Begutachtung durch die Dres. med. C._____, Fachärztin für Neurochirurgie FMH (vgl. gutachtlicher Bericht vom 10. Juni 2010, act. IIA 30.1), und D._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (vgl. Gutachten vom 9. Juli 2010, act. IIA 34). Mit Schreiben vom 19. Januar 2011 (act. IIA 44) teilte die IVB mit, dass gemäss ihren Abklärungen derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien.

Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), welche ihre Leistungspflicht für das Ereignis vom 30. Dezember 2008 anerkannt und die gesetzlichen Versicherungsleistungen erbracht hatte (act. IIA 14 S. 22; 22 S. 8), stellte mit Verfügung vom 11. April 2011 (Akten der IVB [act. II] 47) mangels adäquater Unfallfolgen ihre Leistungen per 30. April 2011 ein und hielt fest, dass damit auch kein Anspruch auf Geldleistungen in Form einer Invalidenrente (IV-Rente) und/oder einer Integritätsentschädigung (IE) bestehe.

Nach weiteren medizinischen Erhebungen veranlasste die IVB eine bidisziplinäre Begutachtung bei der Begutachtungsstelle N._____ (orthopädisch-psychiatrisches Gutachten vom 13. August 2012, act. II 63.1) und ordnete eine Abklärung der Verhältnisse im Haushalt an (vgl. Bericht vom 28. März 2013, act. II 64). Mit Vorbescheid vom 24. April 2013 (act. II 65) stellte sie bei einem ermittelten Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 81% eine ganze IV-Rente ab dem 1. April 2010 in Aussicht. Zudem führte sie aus, da

ab dem 1. Januar 2011 keine Invalidität mehr vorliege, werde die Rente bis zum 31. März 2011 befristet; hierbei wandte sie die gemischte Invaliditätsbemessungsmethode an (Erwerb: 60%, Haushalt: 40%; vgl. E. 2.3 hier-nach). Daran hielt sie nach erhobenem Einwand vom 10. Mai 2013 (act. II 66) fest und erliess am 15. November 2013 (act. II 76 S. 12) eine entsprechende Verfügung.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher B._____, am 3. Januar 2014 Beschwerde. Sie beantragt die kostenfällige Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprechung einer zeitlich unbefristeten ganzen IV-Rente ab dem 1. April 2010.

Mit Eingabe vom 5. Februar 2014 schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

Im Rahmen der Replik vom 3. Juni 2014 bestätigte die Beschwerdeführerin das gestellte Rechtsbegehren und reichte einen weiteren Arztbericht datiert vom 4. April 2014 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 9) zu den Akten.

Am 24. Juni 2014 reichte die Beschwerdegegnerin eine Duplik ein und hielt vollumfänglich an der beantragten Abweisung der Beschwerde fest.

Erwägungen:

1.

1.1 Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über

die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (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 über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [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 über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Angefochten ist die Verfügung vom 15. November 2013 (act. II 76 S. 12), mit welcher die Beschwerdegegnerin rückwirkend ab April 2010 eine per 31. März 2011 befristete ganze Rente zugesprochen hat. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine IV-Rente.

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

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

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

2.2 Gemäss Art. 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.

2.3 Grundsätzlich wird für die Bestimmung des IV-Grades 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).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit gestützt auf einen Betätigungsvergleich ermittelt (Art. 28a Abs. 2 IVG). In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit beziehungsweise der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der IV-Grad in beiden Bereichen zu bemessen (sog. gemischte Methode; BGE 125 V 146 E. 2a S. 150).

2.4 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).

2.5 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine

fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 137 V 64 E. 4.1 S. 67, 136 V 279 E. 3.2.1 S. 282, 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354).

2.6 Bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten IV-Rente sind die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anzuwenden (BGE 109 V 125 E. 4a S. 127; AHI 1998 S. 121 E. 1b).

2.6.1 Ändert sich der IV-Grad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben

(Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den IV-Grad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132).

2.6.2 Bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

2.6.3 Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzende Zeitpunkt der Rentenherabsetzung oder -aufhebung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 16. Juni 2009, 8C_87/2009, E. 2.2 mit Hinweisen).

3.

3.1 Nachfolgend ist zu prüfen, welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Beschwerdeführerin bestehen und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Den medizinischen Akten ist dazu im Wesentlichen folgendes zu entnehmen:

3.1.1 Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, diagnostizierte im Bericht vom 23. November 2009 (act. IIA 19 S. 3) einen chronisch nozizeptiven Schmerz posttraumatisch nach Tibiaspiralfraktur links resp. nach Tibiamarknagelosteosynthese vom 31. Dezember 2008 und Nageldynamisierung vom 29. April 2009, eine muskuloskelettale Dysbalance M99 und eine Depression ohne Kausalität zum Trauma am linken Unterschenkel (S. 3

Ziff. 1.1). Zum aktuellen Zustand führte er aus, acht Monate postoperativ zeige sich immer noch keine Schmerzfreiheit. Die Patientin gebe zusätzlich eine Hyposensibilität des Astes des Nervus peroneus superficialis an und vertrete die Ansicht, dass sie mit Schmerzen auf keinen Fall arbeiten könne. Gemäss den objektiven Befunden seien die Narbenverhältnisse reizlos und die Fraktur radiologisch gut verheilt (S. 4 Ziff. 1.4). Dr. med. E._____ attestierte ab dem 31. Dezember 2008 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6) und gab an, die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zumutbar, wobei der Beginn der Wiederaufnahme noch ungewiss resp. von der Nagelentfernung abhängig sei (S. 6 Ziff. 1.7, 1.9).

3.1.2 Im Dezember 2009 nannte der Hausarzt, Dr. med. F._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH (vgl. undatierter Bericht, act. IIA 22), im Wesentlichen folgende Diagnosen: Rezidivierende depressive Störung mit wechselnder Schwere, eine Unterschenkelspiralfraktur links sowie angedeutete hypothyreotische SD-Werte (S. 2 Ziff. 1.1). Zum Therapieverlauf legte er u.a. dar, die Patientin sei seit 1996 mit Malcompliance-bedingten Unterbrüchen wegen einer schweren Depression unter kombinierter Psychopharmakotherapie bei ihm in Behandlung. Betreffend die Unterschenkelfraktur wies er auf eine schleppende Konsolidation ohne Verbesserung der Schmerzsymptomatik hin. Einen Arbeitsversuch zu 25% (von 30%) habe die Patientin wegen den Schmerzen im linken Bein verweigert (S. 3 Ziff. 1.4). Ab dem 30. Dezember 2008 postulierte er eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, wobei er diese ab dem 1. Dezember 2009 in Frage stellte (S. 4).

3.1.3 Am 12. Februar 2010 führten die behandelnden Ärzte, Dr. med. G._____ und med. pract. H._____, der Rehaklinik O._____ in ihrem Bericht als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3), auf (act. IIA 26 S. 2 Ziff. 1.1). Bei den objektiven Befunden ergänzten sie u.a., die Aufmerksamkeit und die Konzentrationsfähigkeit seien reduziert, das formale Denken verlangsamt und inhaltlich eingeeengt auf die Ängste, psychisch krank zu sein und alleine leben zu müssen. Optische und akustische Halluzinationen seien nicht auszuschliessen, denn die Patientin höre

manchmal eine Stimme, die ihren Namen rufe oder sie sehe im Spiegel einen anderen Menschen mit roten und traurigen Augen. Die Stimmung sei niedergedrückt und niedergeschlagen, ängstlich sowie hoffnungslos (S. 3). Die Prognose beurteilten sie als nicht gut; dies insbesondere weil seit Jahren keine sichtbare Besserung (im Gegenteil: Verschlechterung) eingetreten sei (S. 3 Ziff. 1.5). Ferner bestätigten sie ab Juli 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bis auf weiteres (S. 3 Ziff. 1.6).

3.1.4 Die Beschwerdeführerin wurde im Juni 2010 interdisziplinär neurochirurgisch-psychiatrisch begutachtet.

In somatischer Hinsicht diagnostizierte Dr. med. C._____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Unterschenkelschmerzen links und präzierte, neurologisch sei eine Sensibilitätsstörung feststellbar, jedoch ohne radikuläre oder peripher-neurologische Zuordnung. Ein motorisches Defizit oder Anhaltspunkte für einen neuropathischen Schmerz beständen nicht (vgl. gutachtlicher Bericht vom 10. Juni 2010, act. IIA 30.1 S. 13 f. Ziff. 4 und Bst. B). Aus neurochirurgischer Sicht könne kein die Arbeitsfähigkeit einschränkender Befund erhoben werden (S. 14).

Dr. med. D._____ nannte aus psychiatrischer Sicht folgende Diagnosen: Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1) und mässige sprachliche Integration (ICD-10 Z60.3; vgl. Gutachten vom 9. Juli 2010, act. IIA 34 S. 6 Ziff. 4). Betreffend Beurteilung erläuterte er, im Vordergrund der Problematik stehe eine subjektive Schmerzkrankheit. Ferner zeige die Versicherte Hinweise dafür, dass sich bei ihr eine psychosomatische Überlagerung im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung eingestellt habe, denn sie sei auf die Schmerzen fixiert, äussere hypochondrische Befürchtungen und mache eine Schmerzausdehnung geltend. Zudem falle auf, dass sie bei Lebensproblemen eine Verstärkung der Schmerzen wahrnehme. Ein derartiges Verhalten sei bei rein organisch verursachten Schmerzen in der Regel nicht der Fall (S. 6 Bst. B). Weiter bestehe eine psychische Erkrankung in Form einer rezidivierenden depressiven Störung, wobei keine psychotischen Symptome vorlägen; die Versicherte sei nicht wahnhaft, es seien tagsüber keine Halluzinationen vorhanden und sie verneine, jemals Stimmen gehört

zu haben. Die nächtlichen illusionären Wahrnehmungen in einem Spiegel seien nicht als psychotische Symptome zu deuten. Im Weiteren wies Dr. med. D. _____ auf ein tiefes Niveau der Medikamentenkonzentration hin und ergänzte, trotz der kaum nachzuweisenden Medikamentenwirkung spreche die festgestellte Symptomatik nicht für eine schwere depressive Episode. Eine solche sei in der Regel mit einer erheblichen Suizidalität und kaum mehr vorhandenen Aktivitäten verbunden. Zudem müsste eine solche Patientin auch hospitalisiert werden (S. 7). Betreffend die Frage, ob die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind, führte Dr. med. D. _____ aus, es bestehe zwar eine psychische Komorbidität, diese sei jedoch nicht schwergradig ausgeprägt. Derzeitig liege eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode vor, wobei die Behandlungsmöglichkeiten nicht ausgeschöpft seien. Weiter sei die praemorbide Persönlichkeitsstruktur nicht auffällig und die soziale Integration noch vorhanden. Dr. med. C. _____ habe zudem keine Befunde festgestellt, welche die Versicherte bei einer angepassten beruflichen Tätigkeit einschränken würden. Die Schmerzkrankheit sei allerdings progredient und chronifiziert. Zusammenfassend kam Dr. med. D. _____ zum Schluss, dass die Willensanstrengung zur Schmerzbewältigung zumutbar sei (S. 8). Zur Arbeitsfähigkeit gab er an, es gebe gewisse Beeinträchtigungen (eingeschränkte Funktionen, reduzierte Belastbarkeit) in Hinsicht auf die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten (S. 9 Ziff. 2 f.); die Arbeitsunfähigkeit liege jedoch nicht über 20% (S. 10).

Interdisziplinär kamen die begutachtenden Ärzte zum Ergebnis, dass keine 20% übersteigende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgestellt werden könne. Eine orthopädische Beurteilung sei zwingend angezeigt, um eine allfällige lokale postoperative Schmerzursache auszuschliessen (act. IIA 30.1 S. 15; 34 S. 10).

3.1.5 Im November 2010 teilte Dr. med. E. _____ mit (vgl. undatierter Bericht, act. IIA 42), aus orthopädischer Sicht bestünden aktuell persistierende Schmerzen im linken Bein und attestierte eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 31. Dezember 2008 (S. 3 Ziff. 1.4, 1.6). Des Weiteren gab er an, wegen der verminderten Belastbarkeit des linken Unterschenkels

resp. wegen der verminderten Steh- und Gehbelastbarkeit sei die bisherige Tätigkeit nur noch zu 50% zumutbar (S. 4 Ziff. 1.7).

3.1.6 Dr. med. I._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, führte im Bericht vom 23. November 2010 (act. II 45.4) aus, diagnostisch lasse sich eine Non-Union proximale Fibula bei Unterschenkelspiralfraktur sowie Tibianagelosteosynthese vom 31. Dezember 2008 festhalten und präziserte, die Schmerzsymptomatik der Patientin liege im Zusammenhang mit der fehlenden Verknöcherung der proximalen Fibula.

Im Zwischenbericht vom 29. Dezember 2010 (act. II 45.4 S. 3) berichtete Dr. med. I._____, der Heilungsverlauf sei stationär und seit dem 23. November 2010 bestehe wieder eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit.

3.1.7 Der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. J._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, teilte nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 24. Januar 2011 (act. II 45.3 S. 3 f.) bezüglich der nicht konsolidierten hohen Fibulaschaftfraktur mit, dass es im Rahmen von valgusierenden Tibiakopfosteotomien in aufklappender Technik und Osteotomie der Fibula im Bereich des Schaftes sehr häufig zur Nichtkonsolidation der Fibula komme, wobei das Resultat nicht beeinträchtigt werde. Auf der Basis organischer Unfallfolgen liege kein die Erwerbsfähigkeit oder die körperliche Integrität beeinträchtigender Zustand mehr vor (S. 4).

3.1.8 Im Arztbericht vom 16. Mai 2011 (act. II 49) diagnostizierte Dr. med. K._____, Oberärztin der Rehaklinik O._____, insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) und ergänzte, diese bestehe seit 1996, wobei ab 2007 eine schwere Episode vorliege (S. 2 Ziff. 1.1). Betreffend die bisherige Therapie gab sie u.a. an, die Patientin habe vom 27. September 2010 bis zum 25. Februar 2011 eine teilstationäre Behandlung in der psychiatrischen Rehaklinik O._____ absolviert. Dabei habe sie sich aufgrund der Ergo- und Milieuthherapie von ihrer Problematik besser distanzieren können; die Angst vor psychisch kranken Menschen und vor der Gruppe sei zum grössten Teil zurückgegangen. Zudem sei sie im Ver-

lauf der Behandlung etwas spürbarer, kontaktfreudiger und ruhiger geworden. Auch die psychotische Symptomatik (Stimmenhören, hypnagoge optische Halluzinationen) habe sich unvollständig verbessert. Zur Vorbeugung der sozialen Isolation sei nach Tagesklinikaustritt eine niederschwellige Struktur organisiert worden mit einmal wöchentlichen Besuchen einer Kontaktgruppe für Migrantinnen, eines Deutschkurses und der psychiatrischen ambulanten Behandlung. Zum aktuellen Zustand berichtete Dr. med. K._____, es liege ein schwer depressives Zustandsbild (Deprimiertheit, Freud- und Lustlosigkeit, Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, Antriebsminderung, Müdigkeit, innere Unruhe, Depersonalisation, intermittierend Stimmenhören, optisch-hypnagoge Halluzinationen) vor (S. 3 Ziff. 1.4). Ab Januar 2010 attestierte sie eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 1.6).

3.1.9 Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin durch die Dres. med. L._____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, und M._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, bidisziplinär begutachten (vgl. orthopädisch-psychiatrisches Gutachten vom 13. August 2012, act. II 63.1).

Aus somatischer Sicht diagnostizierte Dr. med. L._____ mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Osteochondrose C4-6 und eine Pseudarthrose einer proximalen Fibulafraktur (S. 7 Ziff. 5.1). In der orthopädischen Beurteilung hielt er fest, die Nackenschmerzen und die leicht abnormen Untersuchungsbefunde der Halswirbelsäule seien auf die radiologisch sichtbare nicht sehr ausgeprägte Osteochondrose C4-6 zurückzuführen. Die jetzt angegebene Hyposensibilität der gesamten linken Körperhälfte könne nicht objektiviert werden, seien doch alle neurologischen Untersuchungsbefunde unauffällig und der radiologische Befund der Halswirbelsäule nicht sehr ausgeprägt (S. 7 Ziff. 5.3). Des Weiteren bestünden ruhe- und belastungsabhängige therapieresistente Schmerzen lateral am proximalen Unterschenkel links, wodurch es zu einer deutlichen subjektiven Reduzierung der körperlichen Leistungsfähigkeit komme. In der Computertomographie (CT) des linken Unterschenkels sei eine proximale Fibulapseudarthrose dokumentiert. Aus gutachterlicher Sicht könne diese – entgegen der Auffassung von Dr. med. J._____ (vgl. Bericht vom

24. Januar 2011, act. II 45.3) – bei körperlich belastenden Tätigkeiten zu gewissen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führen, auch wenn die diffuse Druckdolenz am Tibiakopf links sowie die Tatsache, dass der Apprehension- und der Pivot-Shift-Test nicht habe durchgeführt werden können, durch den radiologischen Befund allein nicht erklärt werden könne (S. 8). Betreffend den Zeitraum vom 31. Dezember 2008 bis September 2009 postulierte Dr. med. L. _____ im Rahmen der postoperativen Rehabilitation sowohl für die Haushaltstätigkeit als auch für die angestammte und jede angepasste Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Ab Oktober 2009 attestierte er für die Haushaltstätigkeit und die ausgeübte Tätigkeit als ... bei voller Stundenpräsenz eines normalen Pensums eine Arbeitsfähigkeit von 50%. Bezüglich einer adaptierten Tätigkeit, d.h. bei körperlich leichten Tätigkeiten, die vorwiegend sitzend auszuüben seien, die nicht mit häufig reklinierenden/rotierenden Kopfhaltungen sowie knienden Positionen resp. mit häufigem Gehen, insbesondere auf Treppen, Leitern und unebenem Boden, verbunden seien und bei denen nicht regelmässig Gegenstände über fünf Kilogramm gehoben oder getragen werden müssten, bescheinigte er ab Oktober 2009 bei voller Stundenpräsenz eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit (S. 8 f. Ziff. 5.5 f.).

In psychiatrischer Hinsicht nannte Dr. med. M. _____ folgende Diagnosen: Eine rezidivierende depressive Störung mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.1, F33.3), bestehend seit mindestens Januar 2009, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), bestehend seit etwa Januar 2011, sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), bestehend seit Jahren (S. 20 Ziff. 3.4). Im Weiteren hielt er fest, seit etwa zwei Jahren nehme die Versicherte die Medikamente regelmässig ein und habe vom September 2010 bis Februar 2011 eine teilstationäre tagesklinische Behandlung absolviert. Unter diesen therapeutischen Massnahmen lasse sich seit etwa Januar 2011 eine anhaltende mittelgradige depressive Episode erheben mit Besserung der Unruhezustände, der Erregbarkeit, der inhaltlichen Denkstörungen mit Stimmenhören und der Schlafstörungen. Hinzu kämen Hinweise auf psychogenes Verhalten mit mangelnder Kooperation und mangelnder Motivation. Seit Jahren bestehe zudem eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit chronischer Kopfschmerzsymptomatik,

Verspannungen am gesamten Körper und einer anhaltenden Schmerzsymptomatik nach Unterschenkelfraktur (S. 21 Ziff. 3.5.2). Zur Problematik der Überwindbarkeit der Schmerzstörung erläuterte Dr. med. M. _____, aufgrund der mittelgradigen bis schweren depressiven Störung bestehe eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer und die Versicherte verfüge nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen für den Umgang mit den Schmerzen. Diese seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung nur eingeschränkt überwindbar. Die weiteren massgebenden Faktoren, wie ein sozialer Rückzug, ein primärer Krankheitsgewinn oder ein Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung seien nicht feststellbar; betreffend die chronische körperliche Begleiterkrankung bestehe ein Status nach Unterschenkelfraktur und die bisherige ambulante und stationäre Behandlung habe zu einer leichten Besserung der psychischen Störung geführt. Aus dem Dargelegten schloss Dr. med. M. _____, dass, trotz den seit etwa Januar 2011 zu erhebenden Symptomen einer mittelgradigen depressiven Störung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung, eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit anzunehmen sei (S. 22 Ziff. 3.5.4). Aus rein psychiatrischer Sicht könne seit etwa Januar 2011 in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit bei vollem Stundenpensum angenommen werden. Betreffend die Haushaltstätigkeit attestierte er ab diesem Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 70% (S. 23 Ziff. 3.6.1). Bei einer adaptierten Tätigkeit (Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck [Stressbelastung], ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung [vgl. S. 23 Ziff. 3.6.3]) liege ebenfalls eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit vor (S. 23 Ziff. 3.6.2). Bezüglich der Zeit davor sei retrospektiv gestützt auf die Befunde der Rehaklinik O. _____ und unter Berücksichtigung der Berichte des Hausarztes Dr. med. F. _____ davon auszugehen, dass auch im Jahre 2010 eine mittelgradige bis schwere Depression mit erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben dürfte (S. 24 Ziff. 3.9). Schliesslich gab Dr. med. M. _____ an, bei der Versicherten liege eine rezidivierende depressive Störung und damit ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vor. Ein Überwiegen von psychosozialen Faktoren sei nicht anzunehmen (S. 25 Ziff. 3.10).

In der orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wiesen die Gutachter auf die jeweiligen Zumutbarkeitsprofile hin ohne allfällige Wechselwirkungen zu nennen (S. 28 f. Ziff. 8.1 f.)

3.1.10 Am 30. Dezember 2013 (act. I 7) nahm Dr. med. K._____ zum psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. M._____ Stellung und hielt diesem entgegen, trotz der teilstationären Behandlung vom 27. September 2010 bis zum 25. Februar 2011, der weitergeführten ambulanten Therapie und der regelmässigen Medikamenteneinnahme seit Herbst 2007 sei keine Verbesserung der anhaltenden schweren depressiven Episode eingetreten (S. 1). Die Kriterien einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.11) seien insbesondere wegen der Persistenz der psychotischen Symptomatik erfüllt (S. 2). Da eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität und Dauer existiere, der Krankheitsverlauf chronifiziert sei, sich die Symptomatik unverändert bis progredient zeige, ein schwerwiegender sozialer Rückzug vorliege (Abbruch Deutschkurs und Austritt aus der Frauenbewegungsgruppe) und ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis resp. eine gescheiterte Rehabilitation bestehe, sei die willentliche Schmerzüberwindung nicht zumutbar (S. 3).

Im Bericht vom 4. April 2014 (act. I 9) präzisierte Dr. med. K._____ im Wesentlichen, dass sowohl vor wie auch während der tagesklinischen Behandlung die schwere depressive Symptomatik mit psychotischen Symptomen vorhanden gewesen sei resp. aktuell immer noch bestehe. Im Weiteren hielt sie an ihren Ausführungen im Bericht vom 30. Dezember 2013 (act. I 7) fest und betonte, die Kriterien der Zumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung seien nicht erfüllt (S. 2).

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 (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHJ 2001 S. 113 E. 3a).

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 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Vorliegend erfüllt das orthopädisch-psychiatrische Gutachten der Dres. med. L._____ und M._____ vom 13. August 2012 (act. II 63.1) die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Berichts gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiavor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt (vgl. BGE 125 V 345 E. 3b/bb S. 353). Die im Gutachten enthaltenen Feststellungen beruhen auf allseitigen Untersuchungen und sind in Kenntnis der Vorakten sowie unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden getroffen worden. Im Weiteren diskutierten die Gutachter sowohl IV-fremde Faktoren wie auch Diskrepanzen mit anderen medizinischen Einschätzungen. Die Ausführungen in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Auf das orthopädisch-psychiatrische Gutachten kann daher abgestellt werden.

3.3.1 In somatischer Hinsicht legt Dr. med. L._____ klar und schlüssig dar, dass die Beschwerdeführerin mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit an einer Osteochondrose C4-6 und an einer Pseudarthrose einer proximalen Fibulafraktur leidet (act. II 63.1 S. 7 f. Ziff. 5.3). Ferner hat der Gutachter überzeugend begründet, dass vom 31. Dezember 2008 bis Ende September 2009 im Rahmen der postoperativen Rehabilitation eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen wie auch in jeder angepassten Tätigkeit bestand. Für die Zeit ab Oktober 2009 attestiert er betreffend der angestammten Arbeit als ... eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit und ergänzt nachvoll-

ziehbar und einlässlich, dass eine angepasste Tätigkeit, d.h. eine vorwiegend sitzende, leichte Arbeit ohne häufige reclinierende und rotierende Kopfhaltungen, kniende Positionen resp. ohne häufiges Gehen, insbesondere auf Treppen, Leitern und unebenem Boden, sowie ohne regelmässiges Heben und Tragen von Gegenständen über fünf Kilogramm, ab diesem Zeitpunkt vollumfänglich zumutbar ist (act. II 63.1 S. 8 f. Ziff. 5.5 f.). Darauf ist abzustellen, zumal diese Einschätzung in den übrigen medizinischen Akten in grundsätzlicher Weise ihren Rückhalt findet (act. IIA 19; 22 S. 2 ff.; 42 S. 3 f.) und von der Beschwerdeführerin im Übrigen nicht bestritten wird (vgl. Beschwerde S. 4 Ziff. 7).

An dieser schlüssigen Beurteilung vermag der gutachterliche Bericht von Dr. med. C. _____ vom 10. Juni 2010 (act. IIA 30.1) nichts zu ändern. Denn ihr Schluss, dass sie keinen die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Befund habe erheben können, beruht einzig auf einer neurochirurgischen Beurteilung (act. IIA 30.1 S. 14) und tangiert die Ergebnisse von Dr. med. L. _____, welche sich auf den orthopädischen Bereich beziehen, nicht. Überdies hielt Dr. med. C. _____ explizit fest, dass eine orthopädische Beurteilung zwingend angezeigt sei, um eine allfällige lokale postoperative Schmerzursache auszuschliessen (act. IIA 30.1 S. 15). Die Feststellungen von Dr. med. C. _____ in neurochirurgischer Hinsicht sind ferner plausibel begründet und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand nachvollziehbar dargelegt, sodass auf diese abgestellt und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurochirurgischen Gründen ausgeschlossen werden kann.

Soweit Dr. med. I. _____ im Zwischenbericht vom 29. Dezember 2010 (act. II 45.4 S. 3) ab dem 23. November 2010 eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit postulierte, kann ihm nicht gefolgt werden, zumal diese Auffassung von ihm weder näher begründet noch medizinisch belegt wurde und auch keinen Rückhalt in den anderen Arztberichten findet. Zudem steht sie im Widerspruch mit seinen weiteren Angaben, wonach der Gesundheitszustand stationär geblieben sei und immer noch Schmerzen bestünden.

Im Weiteren überzeugt die Ansicht von Dr. med. J. _____ im Kreisarztbericht vom 24. Januar 2011 (act. II 45.3 S. 4), wonach die Pseudarthrose nicht wesentlich für die Beschwerden verantwortlich sei, nicht. Dr. med.

L._____ führte demgegenüber gestützt auf die Befunde im CT und unter Berücksichtigung der medizinischen Studien einleuchtend aus, dass nicht ausgeschlossen werden könne, dass die subjektiven Beschwerden tatsächlich durch die Pseudarthrose bedingt seien, zumal die Schmerzen vor allem auf das Fibulaköpfchen projiziert worden seien (act. II 63.1 S. 8). Mit dem im Einklang steht zudem die Auffassung von Dr. med. E._____ (vgl. undatierter Bericht, act. IIA 42 S. 4), der wegen der verminderten Belastbarkeit des linken Unterschenkels resp. wegen der verminderten Steh- und Gehbelastbarkeit die bisherige Tätigkeit nur noch als zu 50% zumutbar einstuft.

3.3.2 Aus psychiatrischer Sicht zeigt Dr. med. M._____ überzeugend auf, dass die Beschwerdeführerin seit mindestens Januar 2009 an einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen bis schweren depressiven Episoden mit psychotischen Symptomen leidet und seit etwa Januar 2011 eine mittelgradige Episode vorliegt (act. II 63.1 S. 20 f. Ziff. 3.5.1). Die rezidivierende depressive Störung stuft er als psychisches Leiden mit Krankheitswert ein, wobei er das Vorliegen von psychosozialen Faktoren in einem relevanten Mass verneint (act. II 63.1 S. 25 Ziff. 3.10). Zudem hat er eine seit Jahren bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert (act. II 63.1 S. 20 Ziff. 3.4) und dazu schlüssig und nachvollziehbar begründet, dass, trotz den seit etwa Januar 2011 zu erhebenden Symptomen einer mittelgradigen depressiven Störung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung, eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit anzunehmen ist. Zum Grad der Arbeitsfähigkeit hält Dr. med. M._____ einleuchtend und plausibel fest, dass sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ... als auch bei einer adaptierten Tätigkeit, d.h. Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung, ab dem 1. Januar 2011 eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit vorliegt (act. II 63.1 S. 23). Betreffend den Zeitraum davor enthielt sich Dr. med. M._____ einer eindeutigen Einschätzung, kam gestützt auf die in den Akten liegenden Berichte jedoch zum Schluss, dass retrospektiv im Jahre 2010 eine mittelgradige bis schwere Depression vorgelegen haben dürfte, die erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hatte (act. II 63.1 S. 24 Ziff. 3.9).

Diese Beurteilung ist nicht nur für sich allein nachvollziehbar und überzeugend, sondern steht auch grundsätzlich im Einklang mit den Ausführungen des Hausarztes Dr. med. F. _____ (act. IIA 22), mit dem Bericht von Dr. med. G. _____ und med. pract. H. _____ vom 12. Februar 2010 (act. IIA 26) sowie mit dem Arztbericht von Dr. med. K. _____ vom 16. Mai 2011 (act. II 49). Darauf ist abzustellen.

An der obgenannten Einschätzung von Dr. med. M. _____, wonach retrospektiv auch im Jahre 2010 eine mittelgradige bis schwere Depression mit erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen haben dürfte (act. II 63.1 S. 24 Ziff. 3.9), ändert die Begutachtung von Dr. med. D. _____ vom 9. Juli 2010 (act. IIA 34) nichts. Als einziger Arzt diagnostizierte dieser u.a. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.1), und kam zum Schluss, dass die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht über 20% liege (act. IIA 34 S. 6, 8). Dabei fällt insbesondere auf, dass die Angaben der Beschwerdeführerin (act. IIA 34 S. 4) wie auch die objektiven Befunde (act. IIA 34 S. 5) im Gutachten von Dr. med. D. _____ erheblich mit denjenigen in den anderen zeitnahen medizinischen Berichten divergieren. So gab die Beschwerdeführerin in anderen medizinischen Untersuchungen einerseits an, optische und akustische Halluzinationen wahrzunehmen (act. IIA 26 S. 3; act. II 49 S. 3), verneinte andererseits jedoch bei Dr. med. D. _____, jemals Stimmen gehört zu haben (act. IIA 34 S. 4). Entgegen der Ansicht der anderen Ärzte (vgl. act. IIA 26 S. 3; act. II 49 S. 3) hielt Dr. med. D. _____ beim objektiven Befund u.a. fest, es lägen keine qualitative und quantitative Wahrnehmungsstörungen vor, die Konzentration sei gut, es bestünden keine Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, keine Gedächtnislücken, die Denkvorgänge seien unauffällig und es existiere keine schwermütige gedrückte Stimmung; die Mimik und Gestik sei lebhaft (act. IIA 34 S. 5 Ziff. 3). In Anbetracht dessen, dass die Beurteilung von Dr. med. D. _____ in erheblichem Widerspruch zu den anderen zeitnahen Berichten steht, welche untereinander stimmig sowie nachvollziehbar sind und durch die Auffassung von Dr. med. M. _____ gestützt werden, ist auf die Beurteilung von Dr. med. D. _____ nicht abzustellen. Weitere retrospektive Abklärungen ergäben mit Blick auf die verflossene Zeit kaum

einen Sinn, da von solchen erfahrungsgemäss keine wesentlichen Erkenntnisse zu erwarten sind.

Ferner vermögen auch die Einwände der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 5 ff.) und die Stellungnahmen von Dr. med. K. _____ vom 30. Dezember 2012 (act. I 7) und vom 4. April 2014 (act. I 9) das Gutachten von Dr. med. M. _____ nicht in Zweifel zu ziehen. Soweit geltend gemacht wird, es sei seit Januar 2011 zu keiner gesundheitlichen Verbesserung gekommen und es bestehe nach wie vor eine schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, ist dem entgegenzuhalten, dass Dr. med. K. _____ in der Anamnese im Bericht vom 16. Mai 2011 (act. II 49 S. 3 Ziff. 4) im Zusammenhang mit der teilstationären Behandlung selber von einer Verbesserung berichtet hatte. So konnte sich die Beschwerdeführerin durch die Ergo- und Milieuthherapie von ihrer Problematik besser distanzieren, wirkte im Verlauf spürbarer, kontaktfreudiger und ruhiger und besuchte nach der teilstationären Behandlung weiterhin neben der ambulanten psychiatrischen Behandlung wöchentlich die Kontaktgruppe für Migrantinnen sowie einen Deutschkurs. Insbesondere ging dabei auch die psychotische Symptomatik (Stimmenhören, hypnagoge optische Halluzinationen) unvollständig zurück. Dies wird ebenfalls durch die Krankengeschichteinträge (act. I 6) untermauert. So kann dem Eintrag vom 7. März 2011 entnommen werden, dass es aufgrund der regelmässigen Medikamenteneinnahme zu einer gesundheitlichen Verbesserung gekommen ist. Gemäss Eintrag vom 21. März 2011 bestätigte die Beschwerdeführerin zudem, weniger zu hören, wie jemand ihr rufe. Im Weiteren ist diesbezüglich zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin in Bezug auf die Beinverletzung mehrmals eine gewisse Verweigerungshaltung gegenüber einer Arbeitsaufnahme gezeigt hatte (act. IIA 19 S. 4 Ziff. 1.4; 22 S. 3 Ziff. 1.4) und Dr. med. M. _____ auch aus psychiatrischer Sicht auf ein psychogenes Verhalten mit mangelnder Kooperation und mangelnder Motivation hinwies (act. II 63.1 S. 21 Ziff. 3.5.2). Daraus ist zu schliessen, dass die Möglichkeiten, die gesundheitliche Situation zu verbessern, bislang nicht vollumfänglich ausgeschöpft werden konnten.

Im Weiteren kann der Auffassung von Dr. med. K. _____, die anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei mit einer zumutbaren Willensanstren-

gung nicht überwindbar, nicht gefolgt werden (act. I 7 S. 3; 9 S. 2). Entgegen ihren Ausführungen ist festzustellen, dass die konsequent durchgeführte teilstationäre Behandlung zu verschiedenen Verbesserungen in mehreren Bereichen geführt hat (vgl. act. II 49 S. 3 Ziff. 1.4) und das Vorliegen eines mehrjährigen Krankheitsverlaufs mit unveränderter bis progredienter Symptomatik demnach zu verneinen ist. Weiter folgt aus den aktuellsten Akten, dass die Beschwerdeführerin vermehrt Kontakt mit einer Schwägerin hat, mit dem Ehemann kurze Familienbesuche durchführt und einer niederschweligen transkulturellen sozialpsychiatrischen Gruppe beigetreten ist (act. I 7 S. 3). Die drei von Dr. med. K. _____ genannten Kriterien, welche die Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung belegen sollten, sind demnach nicht erfüllt. Vielmehr ist diesbezüglich den schlüssigen und nachvollziehbaren Argumenten von Dr. med. M. _____ zu folgen, der, trotz den seit etwa Januar 2011 zu erhebenden Symptomen einer mittelgradigen depressiven Störung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung, eine zumutbare Willensanstrengung zur Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit bejahte (act. II 63 S. 22 Ziff. 3.5.4).

Praxisgemäss trägt das Gericht in Bezug auf Atteste von behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b cc S. 353, Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute BGer] vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4). Insofern und unter Berücksichtigung der obgenannten Ausführungen kann auf die beiden Berichte von Dr. med. K. _____ vom 30. Dezember 2013 (act. I 7) und vom 4. April 2014 (act. I 9) nicht abgestellt werden.

Schliesslich ist auch der Darstellung der Beschwerdegegnerin (vgl. Verfügung vom 15. November 2013, act. II 76 S. 12 ff.), wonach es der Beschwerdeführerin seit Januar 2011 aufgrund der psychischen Situation möglich sein sollte, die Schmerzproblematik zu überwinden, mithin ab diesem Zeitpunkt keine Invalidität mehr bestehe, nicht zu folgen. Die Beschwerdegegnerin ging dabei davon aus, dass in psychischer Hinsicht einzig eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vorliegt (act. II 76 S. 14). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. med. M. _____

die rezidivierende depressive Störung als eigenständige Krankheit diagnostizierte und diese klar von der erst später aufgetretenen somatoformen Schmerzstörung abzugrenzen ist (act. II 63.1 S. 20 Ziff. 3.4 f., S. 25 Ziff. 3.10). Entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin kann die Depression nicht als unklares Beschwerdebild eingestuft werden. Bei der hier bestehenden Konstellation mit Zusammentreffen einer zuverlässig diagnostizierten depressiven Episode und einer somatoformen Schmerzstörung ist hinsichtlich der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit primär auf die fachärztliche Einschätzung abzustellen und nicht von einer Konsumation der depressiven Erkrankung durch das unklare Beschwerdebild des Schmerzsyndroms auszugehen (SVR 2014 IV Nr. 12 S. 48 f. E. 4.2.2).

3.3.3 Aus dem Dargelegten folgt, dass gestützt auf das Gutachten der Dres. med. L. _____ und M. _____ vom 13. August 2012 (act. II 63.1) vom 31. Dezember 2008 bis 31. Dezember 2010 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Erwerbstätigkeiten vorlag. Während die Gutachter aus orthopädischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Oktober 2010 wieder eine volle Arbeitsfähigkeit attestierten, ist aus psychiatrischer Sicht davon auszugehen, dass ab 1. Januar 2011 in einer adaptierten Tätigkeit eine 50%-ige Arbeitsunfähigkeit weiterhin besteht (act. II 63.1 S. 28 f. Ziff. 8.1 f.).

4.

4.1 Es steht zu Recht ausser Frage, dass die Beschwerdeführerin als Teilzeiterwerbstätige (Erwerbsbereich: 60%, Haushaltbereich: 40%) zu qualifizieren ist und damit die gemischte Invaliditätsbemessungsmethode zur Anwendung gelangt (vgl. E. 2.3 hiervor). Aufgrund der Akten besteht kein Anlass zu einer anderen Annahme. Der Status wird im Übrigen von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten.

Unbestritten und aufgrund der Akten nicht zu beanstanden ist weiter der Abklärungsbericht Haushalt vom 28. März 2013 (act. II 64), soweit die Zeit bis Ende 2010 betreffend. Dieser erfüllt insofern die von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen (BGE 130 V 61 E. 6.2 S. 63), so dass auf

diesen abgestellt werden kann. Er basiert auf einer Erhebung vor Ort und hält in angemessener Ausführlichkeit die Aussagen der Beschwerdeführerin zu ihrer Tätigkeit im Haushalt, mit Einschluss der behinderungsbedingten Einschränkungen, fest. Die daraus gezogene Schlussfolgerung, es liege im Aufgabenbereich als Hausfrau – bis Dezember 2010 – eine Invalidität von 52.5% bzw. gewichtet von 21% (52.5×0.4 , vgl. E. 4.1 erster Absatz hiervor) vor, ist nicht zu beanstanden (act. II 64 S. 12).

Für die Zeit ab dem 1. Januar 2011 ging die Abklärungsfachperson davon aus, dass es der Beschwerdeführerin aufgrund der psychischen Situation möglich sein sollte, die Schmerzproblematik zu überwinden, mithin ab diesem Zeitpunkt keine Invalidität mehr bestehe (act. II 64 S. 6 Ziff. 3.8). Dieser Auffassung kann aus medizinischer Sicht – wie dargelegt (vgl. E. 3.3.2 hiervor) – nicht gefolgt werden. Vielmehr ist daher diesbezüglich auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. M. _____ abzustellen, der ab dem 1. Januar 2011 die Einschränkung im Haushaltsbereich konkret auf 30% bezifferte (act. II 63.1 S. 23 Ziff. 3.6.1). Mit Blick auf die psychisch begründete Beeinträchtigung erscheint diese Limitierung, die weniger weit geht als im Erwerbsbereich, als nachvollziehbar: Die Beschwerdeführerin kann ihre Arbeit zu Hause selbst einteilen und unterliegt deshalb keinem zeitlichen Druck und keiner erhöhten emotionalen Belastung, zudem erfordert die Haushaltsarbeit unter diesen ruhigen Bedingungen auch keine geistige Flexibilität. Wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht, ist nach der Praxis in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen mehr Gewicht einzuräumen als dem Bericht über die Haushaltsabklärung. Dies insbesondere wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen. Denn der Abklärungsperson ist es regelmässig nur beschränkt möglich, das Ausmass des psychischen Leidens und die damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (SVR 2012 IV Nr. 19 S. 87 E. 2). Somit ist ab dem 1. Januar 2011 von einer psychisch bedingten Einschränkung im Haushaltsbereich von 30% oder gewichtet von 12% (30×0.4 , vgl. E. 4.1 erster Absatz hiervor) auszugehen. Ob ab diesem Zeitpunkt auch in somatischer Hinsicht noch eine Einschränkung im Haushaltsbereich vorliegt, ist unklar. So ging die Abklärungsfachperson davon aus, dass ab Januar 2011 keine Invali-

dität mehr bestehe (act. II 64 S. 6 Ziff. 3.8), während Dr. med. L. _____ ab Oktober 2010 aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Haushalt von 50% postulierte (act. II 63.1 S. 9). Diese Frage kann letztlich aber offen bleiben, denn selbst wenn auch noch somatische Einschränkungen im Haushaltsbereich bestehen würden, ist davon auszugehen, dass der IV-Grad im Haushalt angesichts der insgesamt verbesserten gesundheitlichen Situation (vgl. E. 3.3.3 hiervor) ab 1. Januar 2011 deutlich unter 52.5% resp. gewichtet unter 21% (wie bis Dezember 2010 ausgewiesen) liegt. Da – wie noch ausgeführt wird (vgl. E. 4.5.1 hiernach) – ab dem 1. Januar 2011 in erwerblicher Hinsicht keine massgebliche Invalidität mehr vorliegt, wird so oder anders kein rentenrelevanter IV-Grad (vgl. E. 2.2 hiervor) erreicht.

4.2 Zu prüfen ist im Folgenden, wie es sich mit der Invalidität im Erwerbsbereich verhält.

4.2.1 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 (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325). Lässt sich aufgrund der tatsächlichen Verhältnisse das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung realisierbare Einkommen nicht hinreichend genau beziffern, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte gemäss Tabellenlohn abzustellen. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30; Entscheid des EVG vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

4.2.2 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Hat die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöh-

ne gemäss den vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1).

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 pflichtgemäßem 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 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

4.3 Gestützt auf die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 1. Oktober 2009 (act. IIA 1) und i.V.m. Art. 29 Abs. 1 IVG (Entstehung des Rentenanspruchs frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung) ist der Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns auf den 1. April 2010 festzusetzen. Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG wurde – ausgehend von der ab 31. Dezember 2008 attestierten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.3.3 hiervor) – im Dezember 2009 erfüllt. Ein erster Einkommensvergleich ist somit auf das Jahr 2010 hin vorzunehmen (BGE 129 V 222).

4.4 Ab dem 1. April 2010 bestand bei einer vollen Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.3.3 hiervor) im Bereich der Erwerbstätigkeit ein IV-Grad von 100% resp. gewichtet 60% (100% x 0.6, vgl. E. 4.1 hiervor).

4.5 Ab dem 1. Januar 2011 ist in einer leidensangepassten Tätigkeit bei einem vollen Arbeitspensum von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (vgl. E. 3.3.3 hiervor). Dies wie auch die verminderte Einschränkung im

Bereich des Haushaltes (vgl. E. 4.1 hiervor) stellen Revisionsgründe dar. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 IVV ist der IV-Grad somit ab dem 1. April 2011 neu zu ermitteln (vgl. E. 2.6.1 ff. hiervor).

4.5.1 Die Beschwerdeführerin arbeitete vor dem Unfall zu 33% als ... für die P._____ (act. IIA 14 S. 69) und temporär zu 100% bei der Q._____ als ... (act. IIA 14 S. 55). Da sie keine Ausbildung absolviert hat (act. II 64 S. 4 Ziff. 3.1) und vor dem Unfall in verschiedenen Bereichen tätig war, wobei die Anstellungsverhältnisse jeweils nur kurz gedauert haben (act. IIA 1 S. 6; 4; 14 S. 48), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin zur Berechnung des Valideneinkommens die LSE herangezogen hat (vgl. E. 4.2.1 hiervor). Dabei ist gestützt auf die Tabelle LSE 2010, TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht, Privater Sektor), Total, Frauen, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten), von einem monatlichen Bruttoeinkommen von Fr. 4'225.-- auszugehen. Dieses Einkommen ist an die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, ab 2004-2012, Total, 2011) anzupassen und auf das Jahr 2011 zu indexieren (von 100 Punkten [2010] auf 101 Punkte [2011]; BFS, T1.10 Nominallohnindex, 2011-2013, Total), womit ein monatlicher Lohn in der Höhe von Fr. 4'449.-- ($4'225.-- : 40 \times 41.7 : 100 \times 101$) resp. unter Berücksichtigung des Status (Erwerbsbereich: 60%, Haushaltbereich: 40%, vgl. E. 4.1 hiervor) von Fr. 2'669.-- resultiert.

4.5.2 Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit ausgeübt hat, ist auch das Invalideneinkommen anhand statistischer Daten bzw. anhand der obgenannten Tabelle LSE 2010 zu ermitteln. Da die angepasste Tätigkeit keine erhöhte emotionale Belastung, keinen erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), keine geistige Flexibilität und keine überdurchschnittliche Dauerbelastung enthalten soll (act. II 63.1 S. 23 Ziff. 3.6.3), rechtfertigt sich zudem ein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 10% (vgl. E. 4.2.2 hiervor). Gestützt auf die ausgewiesene 50%-ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. 3.3.3 hiervor) und unter Berücksichtigung des Tabellenlohnabzuges beträgt das Invalideneinkommen somit Fr. 2'002.-- ($4'449.-- \times 0.5 - [2'225 \times 10 : 100]$).

4.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 2'669.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 2'002.-- resultiert eine Einkommenseinbusse in der Höhe von Fr. 667.--, was einen IV-Grad im Bereich der Erwerbstätigkeit von 25% resp. gewichtet 15% ($25\% \times 0.6$) ergibt.

Bei einer gewichteten Einschränkung von 15% im Erwerbsbereich und einer solchen von unter 21% im Haushaltsbereich (vgl. E. 4.1 hiavor) resultiert ein IV-Grad von jedenfalls unter 40%.

5. Nach dem Dargelegten besteht ab 1. April 2011 kein Anspruch mehr auf eine IV-Rente, weshalb die angefochtene Verfügung vom 15. November 2013 (act. II 76 S. 12) im Ergebnis nicht zu beanstanden ist. Die hiergegen erhobene Beschwerde erweist sich somit als unbegründet und ist abzuweisen.

6.

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

Die unterliegende Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss gleicher Höhe entnommen.

6.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens 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. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe entnommen.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Rechtsmittelbelehrung

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

