

200 15 1102 IV
ACT/FRN/LAB

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. März 2016

Verwaltungsrichter Ackermann, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Matti, Verwaltungsrichter Scheidegger
Gerichtsschreiberin Franzen

A. _____
vertreten durch Dr. B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 13. November 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1978 geborene A. _____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 22. August 2013 unter Hinweis auf eine Rückenproblematik mit operativer erfolgloser Stabilisation bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV [act. II] 1). Die IV-Stelle Bern (nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin) nahm medizinische und erwerbliche Abklärungen vor. Insbesondere liess sie die Versicherte neurochirurgisch und psychiatrisch begutachten (Gutachten vom 17. April bzw. 8. Oktober 2014; act. II 25.1; 32.1) und erstellte einen Abklärungsbericht Hilflosenentschädigung (act. II 37) sowie einen Abklärungsbericht Haushalt (act. II 38). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 39) verneinte sie mit Verfügung vom 12. März 2015 (act. II 49) den Anspruch auf Hilflosenentschädigung. Die dagegen erhobene Beschwerde (act. II 53 S. 5) zog die Versicherte zurück (act. II 53 S. 3), ebenso wie die gegen den Abschreibungsentscheid des Verwaltungsgerichts vom 27. April 2015, IV 200 15 311 (act. II 53 S. 1 f.), erhobene Beschwerde beim Bundesgericht (act. II 55 S. 2).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (act. II 40; 45) und Einholung einer Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; act. II 48) sprach die IVB mit Verfügung vom 13. November 2015 (act. II 60) vom 1. bis 28. Februar 2014 eine befristete ganze IV-Rente bei einem IV-Grad von 88% zu und verneinte ab dem 1. März 2014 den Anspruch auf eine IV-Rente bei einem IV-Grad von 14%.

B.

Dagegen erhob die Versicherte, vertreten durch Dr. B. _____, mit Eingabe vom 11. Dezember 2015 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer IV-Rente auch nach dem 1. Dezember 2013. Am 28. Dezember 2015 stellte die Beschwerde-

fürerin hinsichtlich der Verfahrenskosten ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege.

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2016 schloss die Beschwerdegegnerin 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 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 Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 13. November 2015 (act. II 60). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

In anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht liegt ein Rechtsverhältnis vor, wenn rückwirkend eine abgestufte und/oder befristete IV-Rente zugesprochen wird. Wird nur die Abstufung oder die Befristung der Leis-

tungen angefochten, wird damit die richterliche Überprüfungsbefugnis nicht in dem Sinne eingeschränkt, dass die unbestritten gebliebenen Rentenbezugszeiten von der richterlichen Prüfung ausgenommen blieben (BGE 125 V 413 E. 2d S. 418). Folglich ist der generelle Anspruch auf eine IV-Rente – unter Einschluss der grundsätzlich unbestritten gebliebenen Zusprechung einer ganzen IV-Rente vom 1. Februar bis 28. Februar 2014 – zu prüfen.

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). 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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach

Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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.

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG.

2.3 Für die Bestimmung des IV-Grades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, 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 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). Die gemischte Methode bezweckt eine möglichst wirklichkeitsgerechte Bemessung des IV-Grades. Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch, d.h. ohne Gesundheitsschaden, aber bei sonst gleichen Verhältnissen, erwerbstätig wäre (BGE 133 V 504 E. 3.3 S. 508).

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 be-

urteilen 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 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).

2.5.1 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. Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; SVR 2013 IV Nr. 44 S. 135 E. 3.1.1).

2.5.2 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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]).

3.

3.1 Zum Gesundheitszustand bzw. zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

3.1.1 Im Operationsbericht vom 22. November 2012 (act. II 23 S. 6 f.) diagnostizierte PD Dr. med. C. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ein chronisches und partiell wohl auch chronifiziertes lokal lumbales Schmerzsyndrom mit etwas linksbetonten Abstrahlungen bei Diskopathien L4/5 und L5/S1 und bei Status nach Diskographie L4/5 und L5/S1 vom 20. Juni 2012. In der Operation vom 21. November 2012 sei eine PLIF-Stabilisierung L4/5 und L5/S1 jeweils von rechts, eine dorsale Instrumentation L4 auf S1 mit Matrix-Implantat und eine dorsale und dorsolaterale Spondylodese L4 auf S1 mit Dekompressionseigenknochen vorgenommen worden. Der Facharzt führte weiter aus, die Beschwerdeführerin leide unter einem chronischen tieflumbalen, etwas linksseitig abstrahlenden Schmerzsyndrom auf Basis obgenannter Diagnosen. Nach Ausschöpfen der konservativen Massnahmen und bei erheblichem Leidensdruck werde der genannte Eingriff angeboten.

3.1.2 Im Bericht vom 9. Januar 2013 (act. II 23 S. 4 f.) diagnostizierte PD Dr. med. C. _____ einen Status sechs Wochen nach PLIF-Stabilisierung L4/5 und L5/S1 von rechts (S. 4). Der Facharzt führte aus, bis dato bestehe ein recht erfreulicher Verlauf nach obgenanntem Eingriff, die Beschwerdeführerin habe bereits profitiert, es bestünden allerdings noch deutliche Restbeschwerden, was in Anbetracht der sehr langen Vorgeschichte auch nicht erstaune (S. 5).

3.1.3 Im undatierten, bei der Beschwerdegegnerin am 7. November 2013 eingegangenen Bericht (act. II 17) diagnostizierte der behandelnde Chiropraktor Dr. B. _____, Chiropraktor SCG, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Zweietagen PLIF L4/5 und L5/S1 im November 2012 sowie ein Failed low back surgery syndrome mit Ausstrahlung der Schmerzen in beide Oberschenkel (nicht neurogen). Er führte aus, nach anfänglich erfreulichem postoperativem Verlauf träten erneut ausgeprägte LWS Beschwerden mit Ausweitung hin zur HWS im Verlauf des Tages auf. Die Schmerzen strahlten weiter in die Beine aus (Oberschenkelvorderseite

sowie im Bereich der Adduktoren; S. 1). Trotz intensiver therapeutischer Bemühungen habe keine Besserung erzielt werden können. Die Beschwerdeführerin werde erneut an den Chirurgen überwiesen. Nach Ausschluss von neurologischen Komponenten sollten nun noch mögliche Hüftpathologien rechts ausgeschlossen werden. Klinisch seien diese jedoch eher unwahrscheinlich. Seines Erachtens handle es sich um Distorsionen im Weichteilbereich im Sinne von ausgedehnten Triggerbändern. Zur Arbeitsfähigkeit führte der Chiropraktor aus, im zuletzt ausgeübten Beruf ... bestehe ab dem 27. August 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die körperliche Belastbarkeit reiche knapp aus, um den Alltag als Mutter von zwei Kindern zu bestreiten (S. 2). Eine Steigerung der Belastbarkeit sei höchst unwahrscheinlich. Dabei bestehe eine um 80% verminderte Leistungsfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit könne die Beschwerdeführerin allenfalls bis zu zwei Stunden pro Tag arbeiten (S. 3).

3.1.4 Im Bericht vom 17. Oktober 2013 (act. II 35 S. 4 f.) führte PD Dr. med. C. _____ aus, die Beschwerdeführerin beklage nach wie vor sehr intensive Rückenbeschwerden mit einer Fokussierung auf die Lumbalregion. Des Weiteren beklage sie eine Abstrahlung eigentlich in beide Beine, dies rechts fokussiert, häufig im Oberschenkel und Kniegelenksbereich (S. 4). Bei der Hüftgelenksüberprüfung zeige sie sehr deutliche Innenrotationsschmerzen, vor allen Dingen rechts, etwas auch links. Das heutige klinische Bild deute für ihn auch auf eine Hüftgelenksproblematik rechts hin. In einem nächsten Schritt werde ein Arthro-MRI der rechten Hüfte durchgeführt (S. 5).

3.1.5 Nach durchgeführtem MRI führte PD Dr. med. C. _____ im Bericht vom 4. November 2013 (act. II 35 S. 6) aus, in der Tat zeigten sich hier Veränderungen im Bereich des Knorpels und auch des sogenannten Labrums. Eine wesentliche degenerative Veränderung des Hüftgelenks liege glücklicherweise noch nicht vor, die Defekte könnten aber zumindest einen Teil der Beschwerden auf der rechten Seite doch gut erklären.

3.1.6 Im neurochirurgischen Gutachten vom 17. April 2014 (act. II 25.1) diagnostizierte Dr. med. D. _____, Fachärztin für Neurochirurgie, mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbales und lumboschialgieformes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei LWS-Fehlform/-

haltung, degenerativen LWS-Veränderungen (Chondrose der gesamten LWS, leichtgradige Spondylarthrose) sowie Status nach PLIF-Stabilisierung L4/5 und L5/S1, dorsaler Instrumentation L4 auf S1 mit Matrix-Implantat, dorsaler und dorsolateraler Spondylodese L4 auf S1 mit Dekompressions-eigenknochen im November 2012 (S. 16 f.). Die Fachärztin führte aus, in der klinischen Untersuchung hätte sich die Beschwerdeführerin kontrastierend zu unauffälligen Körperhaltungen und unauffälliger spontaner Beweglichkeit in der Verhaltensbeobachtung ausserhalb der speziellen Prüfung, mit bei allseits prompter Schmerzangabe nicht abschliessend beurteilbarer LWS-Beweglichkeit präsentiert und es hätten keine klare radikuläre Symptomatik und keine manifesten motorischen und/oder sensiblen Ausfallerscheinungen festgestellt werden können. Die konventionellen Röntgenuntersuchungen der LWS und MR-tomographischen Untersuchungen der LWS vom 14. April 2014 zeigten ein korrektes Alignment, in den Funktionsaufnahmen eine normale Beweglichkeit und keine Anhaltspunkte für Instabilität, bei Status nach PLIF L4/5 und L5/S1, dorsaler und dorsolateraler Spondylodese L4-S1 regelrechte postoperative Verhältnisse, intaktes und korrekt positioniertes OSM, narbige Veränderungen foraminal L4 und L5 links, rezessal L5 und S1 links, keine überschliessende Narbenbildung, Osteochondrose Th11/12, Chondrose der gesamten LWS, leichtgradige Spondylarthrose, rechts mediolaterale DH Th11/12 ohne Neurokompression, normale Weite des Spinalkanals und der Neuroforamina. Weiter führte sie aus, in der elektrophysiologischen Untersuchung vom 15. April 2014 hätten in der Elektroneurographie insgesamt keine krankhaften Befunde nachgewiesen werden können. Zusammenfassend könnten die von der Beschwerdeführerin berichteten und demonstrierten körperlichen Beeinträchtigungen vom Fachgebiet Neurochirurgie her qualitativ zum Teil, quantitativ jedoch keinesfalls vollständig mit objektivierbaren Befunden erklärt werden. Im Eindruck der klinischen Untersuchung hätten sich vielmehr recht deutliche Hinweise auf eine Symptomausweitung und dysfunktionale Überzeugungen ergeben (S. 18 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit führte die Fachärztin aus, es seien körperlich leichte bis körperlich mittelschwere (der Anteil mittelschwerer Arbeit sei mit 50% begrenzt) wechselbelastende Tätigkeiten in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei dabei bestehender 10%

bis 20% verminderter Leistungsfähigkeit zumutbar. Ausgeschlossen seien körperlich schwere und ständig sowie häufig/überwiegend körperlich mittel-schwere Tätigkeiten, die LWS statisch belastende Tätigkeiten, Tätigkeiten mit Haltungs- und Positionsmonotonien der LWS, Tätigkeiten in Zwangshaltungen der LWS (vornübergeneigte Tätigkeiten), Tätigkeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen der LWS und Tätigkeiten mit Vibrationen und Schlägen auf das Achsenorgan. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei mit 15 kg, repetitiv mit 10 kg, limitiert. In der bisher ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin ... werde aus neurochirurgischer Sicht bleibend keine Arbeitsfähigkeit mehr gesehen (S. 20). Eine anhaltende medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 20% oder mehr könne zumindest für körperlich schwere Tätigkeiten angenommen werden seit anfangs 2011. Nach einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit von maximal 12 Monaten nach operativem Eingriff Ende November 2012 könne ab Dezember 2013 von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (S. 21 f.).

3.1.7 Am 30. April 2014 wurde die Beschwerdeführerin in der Orthopädie ... an der Hüfte operiert. Im Operationsbericht (act. II 35 S. 7 f.) diagnostizierte Dr. med. E. _____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, ein Misch-Impingement Hüfte rechts mit Labrumläsion. In der Operation sei eine chirurgische Hüftluxation rechts über gestufte Trochanter-Flip-Osteotomie mit Labrumrefixation erfolgt, spärlichem Trimmen des Pfannenrands und Schaffen einer korrekten Taille am Femurkopf-/Schenkelhalsübergang.

3.1.8 Im Bericht vom 24. Juli 2014 (act. II 35 S. 13) diagnostizierte Dr. med. E. _____ eine ausgeprägte muskuläre Dysbalance mit/bei Status nach chirurgischer Hüftluxation rechts am 30. April 2014 sowie Metallentfernung am Trochanter rechts am 23. Juni 2014. Der Facharzt führte aus, die Beschwerdeführerin berichte über noch deutliche Restbeschwerden im Bereich der rechten Leiste, sowie gluteal, welche vorallem bei Belastung aufträten. Es zeige sich ein hinkendes Gangbild mit Schmerzinken rechts sowie reizlose Narbenverhältnisse. Die Schmerzsymptomatik bezüglich Rotation habe sich deutlich gebessert, ebenfalls die Beweglichkeit. Sie sähen gute Chancen, die aktuell noch bestehenden Restbeschwerden,

welche muskulären Ursprung seien, durch physiotherapeutische Übungen zu verbessern.

3.1.9 Im psychiatrischen Gutachten vom 8. Oktober 2014 (act. II 32.1) diagnostizierte Dr. med. F._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, keine psychische Störung mit Krankheitswert (S. 11). Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsfähig. Sie zeige jedoch eine ausgeprägte affektive Reaktion auf die Schmerzen, welche subjektiven Leidensdruck auslösten. Hier wäre eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung indiziert, um der Entwicklung einer depressiven Symptomatik vorzubeugen (S. 13).

3.1.10 Im Bericht vom 23. Januar 2015 (act. II 36) passte die RAD-Ärztin med. pract. G._____, praktische Ärztin, das von der neurochirurgischen Gutachterin formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. E. 3.1.6 hiervor) an den Status nach Hüftgelenksoperation an. Die Ärztin führte aus, es seien körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Obergrenze für das Hantieren mit Gewichten von 10 kg zumutbar. Die Tätigkeit sollte überwiegend sitzend ausgeführt werden mit nicht allzu langen Gehstrecken und jeweils nur kurzer Stehdauer. Kein repetitives Besteigen von Leitern/Treppengehen. Arbeiten auf unebenem Gelände seien zu meiden. Dies in einem zeitlichen Rahmen von 8.5 Stunden pro Tag an fünf Tagen der Woche bei 10% bis 20% verminderter Leistungsfähigkeit. Unter Berücksichtigung des vorbeschriebenen positiven und negativen Leistungsbildes werde in der bisherigen/zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin ..., einer zumindest überwiegend mittelschweren und mehrheitlich stehend und gehend auszuführenden Tätigkeit, bleibend keine Arbeitsfähigkeit mehr gesehen.

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 anzuge-

ben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 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 Die angefochtene Verfügung vom 13. November 2015 (act. II 60) stützt sich im Wesentlichen auf das neurochirurgische Gutachten vom 17. April 2014 (act. II 25.1) sowie auf das psychiatrische Gutachten vom 8. Oktober 2014 (act. II 32.1). Diese beiden Gutachten erfüllen die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 3.2 hiervor) und überzeugen. Insbesondere basieren die Beurteilungen auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die beklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet. Sie leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Insoweit kommt den beiden Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.3.1 Dr. med. F. _____ hat im psychiatrischen Gutachten vom 8. Oktober 2014 nachvollziehbar dargelegt, weshalb in psychiatrischer Hinsicht kein invalidisierender Gesundheitsschaden erstellt ist (act. II 32.1 S. 11 ff.). Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Darauf ist abzustellen.

3.3.2 Dr. med. D. _____ hat im neurochirurgischen Gutachten vom 17. April 2014 (act. II 25.1 S. 16 ff.) schlüssig begründet, weshalb sie mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronifiziertes lumbales und lum-

boischialgieformes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei LWS-Fehlform/-haltung, degenerativen LWS-Veränderungen (Chondrose der gesamten LWS, leichtgradige Spondylarthrose) sowie Status nach PLIF-Stabilisierung L4/5 und L5/S1, dorsaler Instrumentation L4 auf S1 mit Matrix-Implantat, dorsaler und dorsolateraler Spondylodese L4 auf S1 mit Dekompressions-eigenknochen im November 2012 diagnostiziert hat. Gestützt auf diese Diagnosen hat sie sodann das Zumutbarkeitsprofil erstellt (act. II 25.1 S. 20). Die am 30. April und am 23. Juni 2014 erfolgten Hüftoperationen (act. II 35 S. 7 und 12) konnten in diesem Gutachten aber nicht berücksichtigt werden. In dieser Hinsicht hat die RAD-Ärztin im Bericht vom 29. Januar 2015 jedoch überzeugend Stellung genommen und das Zumutbarkeitsprofil für eine leidensangepasste Tätigkeit angepasst (act. II 36 S. 4). Damit ist – entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 1) – erstellt, dass ab Dezember 2013 – nach einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit von maximal 12 Monaten – eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit besteht, wobei die von der Neurochirurgin festgelegte Leistungseinschränkung von 10% bis 20% zu berücksichtigen ist (act. II 25.1 S. 21 Ziff. 7; S. 22 f. Ziff. 11 ff.; act. II 36 S. 4). Massgebend für die Leistungseinschränkung ist nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung der Mittelwert von 15% (Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 12. April 2011, 9C_280/2010, E. 4.2 [in BGE 137 V 71 nicht publiziert]). Für die Zeit vor Dezember 2013 ist von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ab November 2012 auszugehen (act. II 25.1 S. 21 Ziff. 7; vgl. act. II 23 S. 6). Nach den Hüftoperationen vom 30. April und 23. Juni 2014 (act. II 35 S. 7 und 12) ist jeweils eine vollständige Arbeitsunfähigkeit während kurzer Rekonvaleszenzphasen erstellt.

3.3.3 Im Abklärungsbericht vom 26. Januar 2015 hat die Beschwerdegegnerin zu Recht angenommen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall allein zu 80% erwerbstätig wäre (act. II 38 S. 4 Ziff. 3.5) und in der Folge die gemischte Methode (vgl. E. 2.3 hiervoor) anwendbar ist. Gemäss Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) vom 2. Februar 2016 (Di Trizio c. Suisse [Requête no 7186/09]) soll die Anwendung der gemischten Methode das Diskriminierungsverbot gemäss Art. 8 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) i.V.m. Art. 14 EMRK verletzen. Dieser Problematik braucht hier je-

doch nicht näher nachgegangen zu werden, denn auch bei Anwendung des reinen Einkommensvergleichs (vgl. E. 2.3 hiavor) resultiert ab März 2014 ein deutlich rentenausschliessender Invaliditätsgrad.

3.3.4 Soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die späte Anmeldung zum Leistungsbezug sei aus medizinisch vorsorgetechnischen Abläufen erfolgt (Beschwerde S. 1), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. E. 2.2 hiavor). Daran sind die Gerichte gebunden (Art. 190 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Frühester Rentenbeginn – die IV-Anmeldung datiert vom 22. August 2013 (act. II 1) – ist somit Februar 2014. In diesem Zeitpunkt ist das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vgl. E. 2.2 hiavor) bereits abgelaufen, besteht eine Einschränkung in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin ... doch bereits seit Anfang 2011 (act. II 25.1 S. 21 Ziff. 6).

3.3.5 Bis Dezember 2013 ist eine vollständige Arbeitsunfähigkeit erstellt. Die ab diesem Zeitpunkt eingetretene Verbesserung (vgl. E. 3.3.2 hiavor) stellt einen Revisionsgrund dar (vgl. 2.5.1 hiavor). Diese Verbesserung ist gestützt auf Art. 88a Abs. 1 IVV erst nach drei Monaten, d.h. ab März 2014, zu berücksichtigen (vgl. 2.5.2 hiavor). Bei der vor März 2014 zu berücksichtigenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit besteht für den Monat Februar 2014 – frühester möglicher Rentenbeginn (vgl. E. 3.3.4 hiavor) – von vornherein Anspruch auf eine ganze Rente.

4. Ab März 2014 – dem Zeitpunkt, in dem der Revisionsgrund zu beachten ist (vgl. E. 3.3.5 hiavor) – ist eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

4.1 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 ange-

passten Verdienst angeknüpft (BGE 139 V 28 E. 3.3.2 S. 30, 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

4.2 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 Tabellenlöhne 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 2015 IV Nr. 1 S. 1 E. 2.2).

4.3 Die Beschwerdeführerin arbeitete vor Beginn der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes in der Klinik H._____ als Mitarbeiterin Die Kündigung erfolgte seitens der Arbeitgeberin „aus Spargründen“ per 30. April 2011 (act. II 14.1). Auch wenn die Kündigung deshalb aus invaliditätsfremden Gründen erfolgt sein soll, ist hier – wie von der Beschwerdeführerin im Rahmen des Rechtsstreits mit dem Krankentaggeldversicherer ausgeführt (act. II 11.7 S. 62) – dennoch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Gesundheitsschaden weiterhin am angestammten Arbeitsplatz tätig wäre. Damit ist das Invalideneinkommen gestützt auf die

Angaben der Arbeitgeberin festzusetzen, wonach die Beschwerdeführerin im Jahr 2013 ohne Gesundheitsschaden in einem 80%-Pensum ein Einkommen von Fr. 36'844.-- erzielt hätte (act. II 13 S. 4). Die Lohnentwicklung im Gesundheits- und Sozialwesen betrug 2014 0.0% (BFS, Lohnentwicklung 2014, Neuchâtel 2015, T1.2.10, Zeile Q), so dass das Einkommen von Fr. 36'844.-- nicht aufindexiert wird.

4.4 Da die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen gestützt auf die LSE 2012 zu ermitteln (vgl. E. 4.2 hiavor). Das Invalideneinkommen wird gestützt auf das Total des Kompetenzniveaus 1 der Tabelle TA1 festgelegt. Der massgebliche monatliche Bruttolohn für Frauen beträgt dabei Fr. 4'112.--. Auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Wochenarbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Total) und auf das massgebliche Jahr 2014 aufgerechnet, resultiert daraus ein Einkommen von Fr. 52'319.20 (Fr. 4'112.-- / 40 x 41.7 x 12 + 0.7% [2013] + 1.0% [2014]; BFS, Lohnentwicklung 2014, Neuchâtel 2015, T1.2.10, Total). Bei einem 80%-Pensum (vgl. E. 4.3 hiavor) resultiert ein Einkommen von Fr. 41'855.40. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Leistungseinschränkung von 15% (vgl. E. 3.3.2 hiavor) und eines innerhalb des Ermessensbereichs der Beschwerdegegnerin liegenden LSE-Abzugs von 10% (act. II 38 S. 6 Ziff. 3.10) ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 32'019.35.

4.5 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 36'844.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'019.35 resultiert bei einem reinen Einkommensvergleich (vgl. E. 3.3.3 hiavor) ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 13% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123). Sogar unter Berücksichtigung der Einschränkung im Haushalt von ungewichtet 10% (act. II 38 S. 10) läge der Invaliditätsgrad mit gerundet maximal 23% unter 40%.

4.6 Die Rekonvaleszenzzeiten nach den Hüftoperationen vom 30. April und 23. Juni 2014 sind offensichtlich zu kurz (vgl. act. II 35), um einen erneuten befristeten Rentenanspruch zu begründen.

4.7 Nach dem Dargelegten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

5.

5.1 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 damit grundsätzlich die Verfahrenskosten zu bezahlen, die gerichtlich auf Fr. 800.-- festgesetzt werden.

5.2 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

5.3 Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint (Art. 61 lit. f ATSG sowie Art. 111 Abs. 1 und 2 VRPG; SVR 2011 IV Nr. 22 S. 61 E. 2, 2011 UV Nr. 6 S. 22 E. 6.1).

Die Prozessarmut der Beschwerdeführerin ist gestützt auf die von ihr eingereichten Unterlagen erstellt (vgl. Akten der Beschwerdeführerin [act. IA]). Da weiter das Beschwerdeverfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu betrachten ist, ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht gutzuheissen. Der Beschwerdeführerin ist damit - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272), d.h. sobald sie innert zehn Jahren nach Abschluss des Verfahrens zur Nachzahlung in der Lage ist - vorläufig von der Bezahlung der Verfahrenskosten zu befreien.

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Aufgrund der gewährten unentgeltlichen Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin - unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 ZPO - jedoch von der Zahlungspflicht befreit.
4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
5. Zu eröffnen (R):
 - Dr. B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

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.