

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 2. Februar 2016 gutgeheissen und das Urteil aufgehoben (9C_636/2015).

200 15 130 IV
MAW/BOC/JAA

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 15. Juli 2015

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Ackermann, Verwaltungsrichter Knapp
Gerichtsschreiberin Bossert

A. _____
vertreten durch Fürsprecher B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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



betreffend Verfügung vom 6. Januar 2015

Sachverhalt:

A.

Die 1966 geborene A._____ (nachfolgend: Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 25. März 2012 zur Früherfassung und am 19. April 2012 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an, dies unter Hinweis auf ein rezidivierendes panvertebrales und ein chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom sowie eine Depression (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend: IVB bzw. Beschwerdegegnerin; act. II] 2, 4). Am 8. Mai 2012 fand ein Erstgespräch statt, woraufhin die IVB der Versicherten am 9. Mai 2012 mitteilte, dass derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (act. II 12, 14). Sodann nahm die IVB erwerbliche und medizinische Abklärungen vor (act. II 13, 16 f., 24, 32, 37, 41, 49) und gewährte der Versicherten am 7. März 2013 eine Frühinterventionsmassnahme in Form einer Beschäftigungsmassnahme (Ausdrucksmalen) für die Zeit vom 11. März bis 15. September 2013 bzw. mit Verlängerung bis zum 15. März 2014 (act. II 40 f., 51). Die beruflichen Massnahmen schloss die IVB am 28. Juni 2013 ab (act. II 52). In medizinischer Hinsicht liess die IVB die Versicherte auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) interdisziplinär durch eine MEDAS begutachten (Expertise vom 1. September 2014 [act. II 73.1]).

Mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2015 stellte die IVB der Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (act. II 74). Dagegen erhob die Versicherte Einwände und es wurden weitere Arztberichte eingereicht (act. II 79 – 82). Nach Einholung einer Stellungnahme des RAD wies die IVB das Leistungsbegehren wie vorbescheidweise angekündigt mit Verfügung vom 6. Januar 2015 ab (act. II 84, 86 f.).

B.

Mit der dagegen erhobenen Beschwerde vom 6. Februar 2015 beantragt die Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher B._____, unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung sei das Dossier an die Be-

schwerdegegnerin zurückzuweisen für die Bestimmung des IV-Grades, allenfalls zur Wiederaufnahme von beruflichen Massnahmen. Gleichzeitig stellt die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt, alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge.

Ein von der Beschwerdeführerin in Aussicht gestellter Bericht von Dr. med. C. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 21. Februar 2015 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 3) wurde mit Eingabe 23. Februar 2015 nachgereicht.

Mit Beschwerdeantwort vom 26. März 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 4. Mai 2015 bestätigte die Beschwerdeführerin ihre Anträge und reichte eine Stellungnahme des Psychiaters Dr. med. C. _____ vom 25. April 2015 (act. I 4) nach.

Mit Duplik vom 22. Mai 2015 bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Antrag und reichte eine Stellungnahme der MEDAS vom 18. Mai 2015 (im Gerichtsossier) ein.

Die Parteien erhielten daraufhin Gelegenheit zu Schlussbemerkungen, in welchen sie an ihren Anträgen und Standpunkten festhielten.

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 6. Januar 2015 (act. II 87). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50, 130 V 352 E. 2.2.1 S. 353; SVR 2014 IV Nr. 2 S. 5 E. 3.1). Entscheidend ist, ob und inwiefern es der versicherten Person trotz ihres Leidens sozialpraktisch zumutbar ist, die Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, und ob dies für die Gesellschaft tragbar ist. Dies ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu prüfen (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281).

2.3 Mit zur Publikation bestimmtem Entscheid 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht (BGer) seine bisherige Praxis, wonach die Überwindbarkeit in Fällen mit Diagnostik anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen zu vermuten sei, aufgegeben. Zusammenfassend hat es festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den *Aspekt der funktionellen Auswirkungen* zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten neu im Regelfall beachtliche *Standardindikatoren*. Diese lassen sich in die Kategorien *Schweregrad* und *Konsistenz* der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den *Begriff des primären Krankheitsgewinnes* und die *Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität* ist fortan zu *verzichten*. Der Prüfungsraster ist *rechtlicher* Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der

Standardindikatoren wie auch bei deren – *rechtlich gebotener* – Anwendung im Einzelfall zusammen. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweibelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Eine neue Rechtspraxis ist grundsätzlich nicht nur auf künftige, sondern auf alle im Zeitpunkt der Änderung noch hängigen Fälle anwendbar (Entscheid des BGer vom 7. Dezember 2009, 9C_476/2009, E. 3.3).

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

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Abs. 1). Der Rentenanspruch entsteht nicht, solange die versicherte Person ein Taggeld nach Art. 22 IVG beanspruchen kann (Abs. 2).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte

und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

2.6 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).

2.7 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; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

3.

Den Akten ist in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen:

3.1 Im Bericht von Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und lic. phil. E. _____, Psychologin FSP, vom 14. April 2013 (act. II 43) wurde als Diagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F 33.11), aufgeführt. Zudem wurde festgehalten, die Patientin sei aus psychiatrisch-psychologischer Sicht 100 % arbeitsunfähig. Der aktuell 30 %-ige Arbeitseinsatz werde durch starke Willensanstrengung aufrechterhalten. Die Patientin sei kognitiv-emotional und somatisch überfordert, ihrem aktuellen Beruf nachzugehen. Durch stark erhöhte Regenerationszeit sei die Lebensqualität deutlich eingeschränkt. Die Patientin sollte sich beruflich neu orientieren, z.B. Fusspflege. Durch eine berufliche Neuorientierung könnte eine 50 %-ige Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten werden.

3.2 Das interdisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 1. September 2014 (act. II 73.1) beruht auf allgemeininternistischen, psychiatrischen, rheumatologischen und neurologischen Untersuchungen. Die Gutachter diagnostizierten Folgendes:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches lumbal- und zervikalbetontes Panvertebralsyndrom mit begleitendem myofaszialem Nacken-Schultergürtel- und Lenden-Becken-Hüftsyndrom (ICD-10 M53.8)
2. Knieschmerzen beidseits unklarer Spezifität (ICD-10 M25.5)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
3. Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2)
4. Anamnestisch allergisches Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9)
 - Therapie bei Bedarf
5. Anamnestisch Heuschnupfen (ICD-10 J30.1)

Die Gutachter führten aus (AB 73.1/19), aus rheumatologischer Sicht beeinflussten das Panvertebralsyndrom mit begleitendem myofaszialem Nacken-Schultergürtel- und Lenden-Becken-Hüftsyndrom sowie die Knieschmerzen beidseits die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der objektivierbaren Befunde bestehe eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung von 50 %. Tätigkeiten mit höchstens mittelstarker körperlicher Belastung beziehungsweise mittelstarker Rückenbelastung

seien hingegen aus rheumatologischer Sicht ohne Einschränkung zumutbar. Aus neurologischer Sicht fänden sich hingegen keine weiteren Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die leichte depressive Episode und die anhaltende somatoforme Schmerzstörung schränken die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Der Versicherten könne es aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um einer ihren körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachgehen zu können. Aus allgemeininternistischer Sicht fänden sich keine weiteren Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen, höchstens mittelschwer belastenden Tätigkeit mit mittelstarker Rückenbelastung festgestellt werden. Lediglich für körperlich schwer belastende Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %.

3.3 Der Psychiater Dr. med. C. _____ hielt im Bericht vom 21. Februar 2015 (act. I 3) fest, die Patientin sei seit dem 14. Januar 2015 in seiner psychiatrischen-psychotherapeutischen Behandlung. Am 30. Januar 2015 habe er den psychischen Befund mit der Hamilton Depressionsskala erhoben, wo sich mit 43 Punkten eine schwere depressive Symptomatik (schwer ab 26 Punkten) ergeben habe. Dabei erfülle die Patientin zusätzlich die Kriterien einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit Albträumen, Vermeidungsverhalten, vegetativer Übererregtheit und Vigilanzsteigerung, Gereiztheit, übermässiger Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen. Aus der Symptomliste ergebe sich eine schwere depressive Episode, anamnestisch als anhaltender, sich verschlechternder Zustand einer anhaltenden schweren depressiven Störung seit sieben Jahren mit somatischem Syndrom ICD-10 F33.21.

3.4 Im Bericht vom 25. April 2015 (act. I 4) führte Dr. med. C. _____ aus, die Patientin erfülle zumindest seit Anfang dieses Jahres alle Kriterien der Haupt- und Nebensymptome für eine schwere depressive Episode. Er nehme die schwere Depression bei der Patientin nicht bereits vor sieben

Jahren an, dies sei nicht möglich, da sie erst Anfang des Jahres in seine Behandlung getreten sei. Er gehe davon aus, dass das Leiden seit 2008 mit Schwankungen anhaltend gewesen sei und sich in den letzten Jahren trotz zwischenzeitig langjähriger Medikation mit Antidepressiva (von 2009 bis 2011) bis zur schweren Depression verstärkt habe.

3.5 In der MEDAS-Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (im Gerichtsossier) wurde ausgeführt, es sei schwer nachvollziehbar, dass nun eine schwere depressive Episode bestehen solle. Bei einer schweren depressiven Episode nach ICD-10 seien Tätigkeiten und Aktivitäten nicht mehr möglich, wie die ICD-10 festhalte. Oft sei auch eine ambulante Behandlung nicht möglich, da es dann meist zu Suizidalität komme, sodass eine stationäre Behandlung notwendig werde. Dr. med. C._____ habe die Angst vor einer stationären oder teilstationären Behandlung aufgeführt, diese aber als Ausdruck des soziophobischen Verhaltens gedeutet. Dr. med. C._____ sei der Meinung, dass das Erzwingen solcher Massnahmen sicherlich zu einer deutlichen Verschlechterung führen würde und impliziere, dass ein weiteres Intensivieren therapeutischer Massnahmen nicht angezeigt sei. Es sei aber nur therapeutisch, wenn alles versucht werde, was dazu beitrage, sich den Ängsten zu stellen, sonst gingen sie nämlich nicht weg und verstärkten sich im Sinne der Chronifizierung. Bei der Beurteilung von Dr. med. C._____ handle es sich um eine andere Beurteilung eines wahrscheinlich ähnlich gebliebenen oder wenig veränderten Gesundheitszustandes. Hätte er die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gestellt, so hätte man eher argumentieren können, dass möglicherweise seit der Begutachtung in der MEDAS eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei. Dass nun aber gerade eine schwere depressive Episode bestehen solle und trotzdem im ambulanten Rahmen die Behandlung ordentlich durchgeführt werden könne und eine stationäre Behandlung nicht in Erwägung gezogen werden müsse, sei nicht nachvollziehbar. Auf die Beurteilung von Dr. med. C._____ könne aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht abgestützt werden. Am MEDAS-Gutachten könne deshalb weiterhin festgehalten werden.

4.

4.1 Das MEDAS-Gutachten vom 1. September 2014 (act. II 73.1) ist in sich schlüssig und erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. E. 2.6 hiervor), insbesondere auch der psychiatrische Teil, in welchem eine intensive Auseinandersetzung mit den abweichenden Meinungen der behandelnden Ärzte erfolgt ist. Es überzeugt, wenn festgehalten wird (act. II 73.1/11), weder die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode noch einer rezidivierenden depressiven Störung lasse sich durch die vom (früher behandelnden) Psychiater Dr. med. D._____ aufgeführten objektiven Befunde (nervöses Angespanntsein, starke emotionale Schwankungen, etwas Unruhe, grüblerisches und kreisendes Denken mit negativen und/oder traumatischen Lebensinhalten, deutlich depressive niedergeschlagene Stimmungslage, passiver Sterbewunsch ohne Suizidalität, beeinträchtigte Schwingungsfähigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, verminderter Antrieb, Interessenverlust, schwankender Appetit, negative Selbst- und Zukunftsperspektiven und etwas Hoffnungslosigkeit) begründen. Zudem wurde im psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens schlüssig und überzeugend ausgeführt (act. II 73.1/11), die Beschwerdeführerin habe vielmehr einen kontinuierlichen Verlauf angegeben, ohne Phasen mit deutlicher Verbesserung und Verschlechterung und symptomfreien Intervallen. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode würde es neben verminderter Freudempfindungsfähigkeit, erhöhter Ermüdbarkeit und Schlafstörungen auch zu deutlichen Konzentrationsstörungen kommen, einer deutlichen Appetitverminderung mitunter auch mit relevanter Gewichtsabnahme, Schuldgefühlen oder beeinträchtigtem Selbstvertrauen mit negativen Zukunftsperspektiven, die allumfassend seien und nicht nur die gesundheitliche und berufliche Situation betreffen. Zudem sei die 100 %-ige Arbeitsunfähigkeit, die Dr. med. D._____ bei der von ihm gestellten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode bescheinige, nicht nachvollziehbar. Bei einer mittelgradigen depressiven Episode wäre eine Teilarbeitsfähigkeit zu erwarten gewesen.

An der Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens vermögen auch die seither vom Psychiater Dr. med. C. _____ am 21. Februar und 25. April 2015 verfassten Berichte (act. I 3, 4) nichts zu ändern. Die Beschwerdeführerin hat Dr. med. C. _____ erst aufgesucht, nachdem die vorliegend angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2015 erlassen worden war (vgl. act. I 3). Die Beurteilung der psychischen Gesundheit der Beschwerdeführerin durch Dr. med. C. _____ bezieht sich demnach auf einen hier nicht massgebenden Zeitpunkt, da sich die Rechtmässigkeit der angefochtenen Verfügung nach dem Sachverhalt, der zur Zeit ihres Erlasses gegeben war, beurteilt. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 138 E. 2.1 S. 140). Zudem sind nach dem Erlass der Verfügung verfasste Arztberichte nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie keine Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens bestehende Situation erlauben (SVR 2008 IV Nr. 8 S. 25 E. 3.4). In der Folge hat Dr. med. C. _____ seine Aussage, die Beschwerdeführerin leide seit sieben Jahren an einer anhaltenden schweren Depression (act. I 3) etwas zurückgenommen, indem er anerkennt, dass er den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erst beurteilen kann, seit sie bei ihm in Behandlung ist (act. I 4 am Ende). Hinzu kommt, dass die von ihm diagnostizierte schwere Depression kritisch zu hinterfragen ist, da eine solche regelmässig eine stationäre psychiatrische Behandlung notwendig macht (vgl. dazu die Stellungnahme der MEDAS vom 18. Mai 2015 [im Gerichtsossier]). Weiter ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin zur Begutachtung selber mit dem Auto von ... nach ... gefahren ist, wobei nichts daran ändert, dass sie sich dabei von ihrer Tochter begleiten liess (vgl. act. II 73.1/10). Deshalb ist zusammen mit den MEDAS-Gutachtern davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Verfügung lediglich leicht depressiv war.

Zudem ist die Kritik in der Replik (Ad Randziffer 6) am Hinweis auf den Migrationshintergrund als einer der Gründe für das Scheitern der Erhaltung der Restarbeitsfähigkeit unberechtigt. Entgegen der dortigen Ausführungen befindet sich die Beschwerdeführerin nicht seit dem 6., sondern erst seit dem 15. Altersjahr in der Schweiz (vgl. act. II 73.1/8). Zudem ist der von Dr. med. C. _____ geschilderte Suizidversuch mit 12 Jahren wegen

Verheiratung durch die Familie klarerweise nicht auf eine IV-relevante Erkrankung, sondern auf eine (abweichende) kulturelle Eigenheit zurückzuführen.

4.2 Da bei der Beschwerdeführerin eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde (act. II 73.1/18) und im Zusammenhang mit somatoformen und vergleichbaren Störungen seit dem Entscheid des BGer vom 3. Juni 2015, 9C_492/2014, materiell-beweisrechtlich geänderte Anforderungen gelten (vgl. E. 2.3 hiavor), ist in Bezug auf das voll beweiskräftige MEDAS-Gutachten vom 1. September 2014 (act. II 73.1) festzuhalten, dass gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se verlieren. Vielmehr ist – sinngemäss wie in BGE 137 V 210 – im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. Es ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGer 9C_492/2014, E. 8).

5.

Gemäss der geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung bilden bei somatoformen und vergleichbaren Störungen auf den funktionellen Schweregrad bezogene Indikatoren das Grundgerüst der Folgenabschätzung (E. 5.1 – 5.3 hiernach). Die daraus gezogenen Folgerungen müssen einer Konsistenzprüfung (vgl. E. 5.4 hiernach) standhalten (BGer 9C_492/2014, E. 4.3).

5.1

5.1.1 In der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ ist als erstes die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome näher zu betrachten; dabei bildet der diagnose-inhärente Mindestschweregrad den Ausgangspunkt (BGer

9C_492/2014, E. 4.3, 4.3.1. und 4.3.1.1). Die verlangte vorherrschende Beschwerde eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes (BGer 9C_492/2014, E. 2.1.1) ist bei der Beschwerdeführerin nicht gegeben, die MEDAS-Gutachter hielten fest, die Beschwerdeführerin habe während des Untersuchungsgespräches ruhig sitzen bleiben können und habe keine Zeichen einer akuten Schmerzempfindung gezeigt (act. II 73.1/10). Die Alltagsfunktionen hingegen sind bei der Beschwerdeführerin eingeschränkt (vgl. BGer 9C_492/2014, E. 2.1.1), kann sie doch die Haushaltarbeiten nicht mehr alleine erledigen, weshalb sie zwei Stunden pro Woche durch eine Haushalthilfe unterstützt wird (act. II 73.1/8). Von einer beträchtlichen persönlichen oder medizinischen Betreuung oder Zuwendung kann vorliegend nicht gesprochen werden (vgl. BGer 9C_492/2014, E. 2.1.1), die Beschwerdeführerin steht lediglich in physiotherapeutischer und psychotherapeutischer Behandlung (act. II 73.1/6 und 7) und besucht Wasser- und Körpertherapie (act. II 73.1/12; 79/2). Weiter ist von Bedeutung, dass die Störung in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auftritt, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommt (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1.1). Wie die MEDAS-Gutachter festgehalten haben, bestehen bei der Beschwerdeführerin deutliche emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren mit einem Migrationshintergrund, erlebter häuslicher Gewalt in der Kindheit, erlebten Verbrechen in ihrer Heimat, sodass sie auch flüchten musste, wie sie angegeben hat, einer gescheiterten Ehe mit einem Mann, mit dem sie in der Familie verheiratet wurde, der spielsüchtig und brutal gewesen ist, und nun einer finanziellen Abhängigkeit vom Sozialamt (act. II 73.1/10). Gesamthaft gesehen gibt es zumindest gewisse Anhaltspunkte, die gegen das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung sprechen, dies obwohl auch keine Ausschlussgründe bzw. -kriterien wie z.B. eine Aggravation (vgl. BGer 9C_492/2014, E. 2.2, 2.2.1, 2.2.2 und 4.3.1.1) gegeben sind. Soweit hier tatsächlich vom Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen ist, ergibt sich – nach wie vor zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ und dort zum Komplex „Gesundheitsschädigung“ – anhand der weiteren Indikatoren das folgende Bild:

5.1.2 Bezüglich Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1.2) kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin keine antidepressiven Medikamente einnimmt, gelegentlich aber Dafalgan und Symbicort (act. II 73.1/6 und 10). Gegenüber den MEDAS-Gutachtern gab die Beschwerdeführerin an, bis im März 2014 Cipralex genommen und dieses (nach längerer Einnahme verschiedener Antidepressiva [vgl. act. I 3]) wegen Nebenwirkungen mit innerer Unruhe und verstärkten Schmerzen abgesetzt zu haben (act. II 73.1/7). Die ablehnende Haltung der Beschwerdeführerin gegenüber rehabilitativen stationären oder teilstationären Massnahmen wird vom behandelnden Psychiater Dr. med. C._____ mit der Angst der Beschwerdeführerin vor der Belastung durch Mitpatientinnen begründet und als Ausdruck des sozialphobischen Verhaltens eingestuft und das Erzwingen solcher Massnahmen würde gemäss Dr. med. C._____ sicherlich zu einer deutlichen Verschlechterung des Befindens führen (act. I 3). Dem halten die MEDAS-Gutachter jedoch entgegen (vgl. Stellungnahme vom 18. Mai 2015, S. 2 [im Gerichtsossier]), dass therapeutisch gesehen alles zu versuchen sei, was dazu beitrage, sich den Ängsten zu stellen, sonst würden diese nicht weggehen und sich im Sinne einer Chronifizierung verstärken. Somit kann gesagt werden, dass im Fall der Beschwerdeführerin noch therapeutische Optionen bestehen (vgl. BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1.2). Auf der Eingliederungsebene ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin offenbar grossen Willen gezeigt hat, ihr zuletzt ausgeübtes 30 %-Pensum als ... beizubehalten, was letztlich aber nicht erfolgreich war und mit der Kündigung per Ende Oktober 2013 endete (Protokoll der Beschwerdegegnerin per 26. März 2015, S. 3 f., S. 7 [im Gerichtsossier]); act. II 43/3).

5.1.3 Der Bereich „Komorbiditäten“ umfasst die bisherigen Kriterien „psychische Komorbidität“ und „körperliche Begleiterkrankungen“, wobei dem erstgenannten Kriterium keine vorherrschende Bedeutung mehr zukommt (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1.3). Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann, ist nicht Komorbidität (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.1.3), was auf die bei der Beschwerdeführerin bestehende leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0 [act. II 73.1/18]) zutrifft (vgl. Entscheid des BGer vom 6. Juni 2011, 9C_1040/2010, E. 3.4.2.1). Bei den somatischen Begleiterkrankungen steht das chronische lumbal-

und zervikalbetonte Panvertebralsyndrom mit begleitendem myofaszialem Nacken-Schultergürtel- und Lenden-Becken-Hüftsyndrom (ICD-10 M53.8 [act. II 73.1/18]) im Vordergrund, welches dazu führt, dass die Beschwerdeführerin körperlich schwer belastende Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung nur noch in einem Pensum von 50 % ausüben kann (act. II 73.1/19). Die anderen somatischen Begleiterkrankungen beeinflussen die Arbeitsfähigkeit dagegen nicht (act. II 73.1/18).

5.2 Im Rahmen des Komplexes „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) sind mit der Erfassung von Persönlichkeitsstruktur und -störungen sowie anhand der „komplexen Ich-Funktionen“ insbesondere Anhaltspunkte für die persönlichen Ressourcen der versicherten Person zu ermitteln (BGer 9C_492/2014, 4.3.2). Die MEDAS-Gutachter hielten hinsichtlich einer allfälligen Persönlichkeitsstörung fest (act. II 73.1/10), deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit. Zu den komplexen Ich-Funktionen führten die MEDAS-Gutachter aus (act. II 73.1/9), die Urteilsbildung sei nicht gestört gewesen. Sie habe wenige Kontakte angegeben und praktisch nicht zu Kolleginnen. Hinweise auf eine verminderte Affektsteuerung oder Impulskontrollstörungen hätten nicht bestanden. Der Antrieb sei herabgesetzt gewesen bei erhöhter Ermüdbarkeit. Die Selbstwertregulation sei erhalten gewesen. Die Abwehrmechanismen seien nicht deutlich gestört gewesen. Die behandelnde Ärztin Dr. med. F._____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt zudem fest (act. II 79/2), die Beschwerdeführerin habe Ressourcen, die ihr helfen würden, einen besseren Umgang mit ihren Beschwerden zu finden, eine konstante Bezugsperson mit Koordination der Therapien sei jedoch unabdingbar, vor allem auch um eine tragfähige Beziehung herstellen zu können. Sodann ist dem Protokoll der IVB per 26. März 2015, S. 4 (im Gerichtsossier), zu entnehmen, dass die Therapeutin der Beschwerdeführerin, lic. phil. E._____, festgehalten habe, dass es zur Besserung beitragen würde, wenn die Beschwerdeführerin sozial mehr integriert werden könnte. Die Beschwerdeführerin sei intelligent, eine Kämpferin. Schliesslich ist als in geringem Umfang Ressourcen

einschränkender Faktor die leichte depressive Episode, welche bei den Komorbiditäten nicht zu berücksichtigen war (vgl. E. 5.1.3 hiervor), miteinzubeziehen.

5.3 Im Zusammenhang mit dem Komplex „Sozialer Kontext“ (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.3) sind die im MEDAS-Gutachten erwähnten psychosozialen Belastungsfaktoren (vgl. act. II 73.1/10) auszuklammern. Weiter kann die Beschwerdeführerin gewisse mobilisierende Ressourcen (BGer 9C_492/2014, E. 4.3.3) aus dem Kontakt mit ihrer Tochter, die ein fünfjähriges Kind hat, gewinnen, dies jedoch nur bedingt, da sie Besuche jeweils als anstrengend empfindet (act. II 73.1/9).

5.4 Im Rahmen der Konsistenzprüfung stellt sich die Frage nach einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGer 9C_492/2014, E. 4.4.1). Die Beschwerdeführerin sieht sich als nicht mehr arbeitsfähig an (act. II 73.1/20). Dementsprechend hat sie für die Erledigung des Haushaltes unterstützend eine Haushalthilfe engagiert. Hingegen geht sie zirka zwei Mal pro Woche 1 1/2 Stunden spazieren. Am Tag legt sie sich hin, um sich wegen der Schmerzen entspannen zu können (act. II 73.1/8 f.). Zur Frage des sozialen Rückzugs (BGer 9C_492/2014, E. 4.4.1) kann festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin zu den Ärzten, Therapeuten und zur Tochter Kontakt hat (act. II 73.1/9).

Es bleibt der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck (BGer 9C_492/2014, E. 4.1.3) näher zu betrachten. Die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen weist auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGer 9C_492/2015, E. 4.4.2). Die Beschwerdeführerin steht in psychiatrischer Behandlung (vgl. act. I 3, 4), besucht die Physiotherapie ein Mal pro Woche, nimmt gelegentlich Dafalgan und Symbicort (act. II 73.1/6). Zudem absolviert die Beschwerdeführerin einmal pro Woche eine Wassertherapie (act. II 73.1/12) und gelegentlich sucht sie einen Körpertherapeuten, welcher mit Musik arbeitet, auf (act. II 79/2). Wie bereits erwähnt (vgl. E. 5.1.2 hiervor) hat die Beschwerdegegnerin die Psychopharmaka wegen Nebenwirkungen abgesetzt und der ablehnenden Haltung der Beschwerdeführerin gegenüber einer stationären Behandlung

– laut dem behandelnden Psychiater ein soziophobisches Verhalten – halten die MEDAS-Gutachter entgegen, eine solche sei trotzdem zu versuchen. Im Eingliederungsbereich hätte die Beschwerdeführerin die von der Beschwerdegegnerin gewährte Maltherapie gerne weitergeführt, was ihr jedoch nicht möglich war, weil die Finanzierung durch die Invalidenversicherung wegfiel (act. II 59).

5.5 Nach dem Dargelegten ergibt sich, dass das MEDAS-Gutachten vom 1. September 2014 (act. II 73.1) im Kontext mit den weiteren medizinischen Berichten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlaubt (vgl. E. 4.2 hiavor), womit dieser Expertise auch im vorliegenden Zusammenhang volle Beweiskraft zukommt. Die Beurteilung anhand der Standardindikatoren führt zum Schluss, dass hier funktionelle Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind.

Folglich ist gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 1. September 2014 (act. II 73.1) von einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen, höchstens mittelschwer belastenden Tätigkeit mit mittelstarker Rückenbelastung auszugehen. Lediglich für körperlich schwer belastende Tätigkeiten mit starker Rückenbelastung besteht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 %.

Ob die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin als ... tatsächlich teils mit schwerer, der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbarer Arbeit verbunden ist, wie in der Beschwerde, S. 6, geltend gemacht wird, kann offen bleiben, weil die Beschwerdeführerin auch bei Annahme dieser Ausgangslage in einer angepassten Tätigkeit ein Einkommen erzielen könnte, welches keinen Rentenanspruch ergibt, was anhand des nachfolgenden Einkommensvergleichs zu zeigen ist.

6.

6.1 Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf

sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2b S. 136).

6.2.

6.2.1 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 Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG, heute BGer] vom 30. Oktober 2002, I 517/02, E. 1.2).

6.2.2 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 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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327; SVR 2011 IV Nr. 31 S. 91 E. 4.1.1).

6.3 Der Einkommensvergleich ist auf den Zeitpunkt des hypothetischen Beginns des Rentenanspruchs hin vorzunehmen (BGE 129 V 222). Die Beschwerdeführerin ist spätestens seit dem 14. Dezember 2011 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (act. II 7/5; 12/1) und sie hat sich am 19. April 2012 bei der Invalidenversicherung angemeldet (act. II 4), so dass vorliegend der Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs in Anwendung von Art. 28 Abs. 1 und Art. 29 Abs. 1 IVG (vgl. E. 2.4 hiavor) auf den 1. Dezember 2012 fällt.

6.3.1 Für die Bestimmung des Valideneinkommens kann nicht auf das bei der letzten Arbeitgeberin, der G. _____, als ... erzielte Einkommen abgestellt werden, da die Beschwerdeführerin dort nur in einem 60 %-Pensum tätig war (act. II 13/3 Ziff. 2.9), wobei sie wohl bereits aus gesundheitlichen Gründen dieses reduzierte Pensum gewählt hatte (vgl. act. II 80), und zudem nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, dass ihr dort eine Vollzeitstelle zur Verfügung gestanden hätte. Folglich ist auf die Tabellenlöhne abzustellen (vgl. E. 6.2.1 hiavor). Auszugehen ist von den LSE 2012, Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Kompetenzniveau 2, Frauen, Ziff. 86 – 88 Gesundheits- u.

Sozialwesen, im Betrag von monatlich Fr. 5'084.--, jährlich Fr. 61'008.--; angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit im entsprechenden Bereich im Jahr 2012 von 41.5 Stunden resultiert ein Valideneinkommen von Fr. 63'296.-- (Fr. 61'008.-- : 40 h x 41.5 h).

6.3.2 Da die Beschwerdeführerin nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue ihr zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, ist auch das Invalideneinkommen gestützt auf statistische Daten zu ermitteln (vgl. E. 6.2.2 hiavor). Dabei ist von den LSE 2012, Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor), Kompetenzniveau 1, Frauen, Total, im Betrag von monatlich Fr. 4'112.--, jährlich Fr. 49'344.--, auszugehen; an die betriebsübliche Wöchentliche Arbeitszeit im entsprechenden Bereich im Jahr 2012 von 41.7 Stunden angepasst resultiert ein Betrag von Fr. 51'441.-- (Fr. 49'344.-- : 40 h x 41.7 h). Mit Blick auf die behinderungsbedingten Einschränkungen (act. II 73.1/19) und die ausländische Nationalität der Beschwerdeführerin (act. II 4/1) ist – wenn überhaupt (vgl. Entscheid des BGer vom 19. Januar 2009, 8C_42/2008, E. 5) – höchstens ein leidensbedingter Abzug (vgl. E. 6.2.2 hiavor) von 15 % gerechtfertigt, womit ein Invalideneinkommen von mindestens Fr. 43'725.-- resultiert (Fr. 51'441.-- x 0.85).

6.3.3 Die Gegenüberstellung der beiden hypothetischen Vergleichseinkommen ergibt einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von gerundet maximal 31 % ($100 : \text{Fr. } 63'296.-- \times [\text{Fr. } 63'296.-- - \text{Fr. } 43'725.--] = 30.92\%$; zu den Rundungsregeln vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2 und 3.3 S. 123).

Schliesslich ist hinsichtlich beruflicher Massnahmen (vgl. Rechtsbegehren Ziff. 2) festzuhalten, dass diese im Juni 2013 abgeschlossen wurden (act. II 52); es steht der Beschwerdeführerin frei, sich bei der Invalidenversicherung zu melden, sobald sie sich für die Durchführung beruflicher Massnahmen in der Lage sieht.

6.4 Nachdem Ausgeführten ist die Beschwerde abzuweisen.

7.

7.1 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.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG), dies unter Vorbehalt der nachfolgend zu prüfenden unentgeltlichen Rechtspflege.

7.2

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

Im vorliegenden Fall war das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos zu bezeichnen. Sodann sind die übrigen Voraussetzungen erfüllt, insbesondere die Prozessarmut. Die Beschwerdeführerin wird vom Sozialdienst ... unterstützt (vgl. Akten der Beschwerdeführerin [act. Ia] 1). Folglich ist das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege unter Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt gutzuheissen.

7.2.2 Gemäss Art. 42 des kantonalen Anwaltsgesetzes vom 28. März 2006 (KAG; BSG 168.11) bezahlt der Kanton den amtlich bestellten Anwältinnen und Anwälten eine angemessene Entschädigung, die sich nach dem gebotenen Zeitaufwand bemisst und höchstens dem Honorar gemäss der Tarifordnung für den Parteikostenersatz entspricht. Bei der Festsetzung des gebotenen Zeitaufwandes sind die Bedeutung der Streitsache und die Schwierigkeit des Prozesses zu berücksichtigen. Auslagen und Mehrwert-

steuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den gleichen Regeln zu entschädigen (Abs. 3). Nach Art. 42 Abs. 4 KAG i.V.m. Art. 1 der Verordnung über die Entschädigung der amtlichen Anwältinnen und Anwälte vom 20. Oktober 2010 (EAV; BSG 168.711) beträgt der Stundenansatz Fr. 200.--.

Fürsprecher B._____ macht mit der Kostennote vom 9. Juni 2015 ein Honorar von Fr. 5'114.-- (25.57 Std. à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 66.80 und Mehrwertsteuer von Fr. 414.46 (8 % auf Fr. 5'180.80) sowie Fr. 300.-- für den Bericht von Dr. med. C._____ vom 25. April 2015, total Fr. 5'895.30, geltend. Der Aufwand von Fr. 300.-- für den Bericht von Dr. med. C._____ zur Replik kann nicht entschädigt werden, da sich der rechtserhebliche Sachverhalt auch ohne diesen Bericht feststellen liess und die Beschwerdegegnerin somit ihre Abklärungspflicht nicht verletzt hat (vgl. SVR 2010 UV Nr. 3 S. 15 f. E. 10). Im Übrigen ist die Kostennote nicht zu beanstanden. Fürsprecher B._____ ist demnach ein amtliches Honorar von Fr. 5'114.-- (25.57 Std. à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 66.80 und Mehrwertsteuer von Fr. 414.46 (8 % auf Fr. 5'180.80), total Fr. 5'595.30 aus der Gerichtskasse zu vergüten. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 113 VRPG i.V.m. Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272).

7.3 Bei vorliegendem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Fürsprecher B. _____ als amtlicher Anwalt wird gutgeheissen.
3. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- 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. Fürsprecher B. _____ wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. Fr. 5'595.30 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
 - Fürsprecher 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.