

200 15 188 IV  
SCI/SHE/JAA

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 22. Mai 2015**

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Kölliker, Verwaltungsrichter Scheidegger  
Gerichtsschreiber Schnyder

A. \_\_\_\_\_  
vertreten durch Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_  
Beschwerdeführerin



gegen

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

betreffend Verfügung vom 23. Januar 2015

## **Sachverhalt:**

### **A.**

Die 1976 geborene A.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich am 30. März 2012 mit Hinweis auf seit einem Unfall vom 26. August 2011 bestehende Kniebeschwerden links bei der IV-Stelle Bern (nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (Akten der IVB, Antwortbeilage [AB] 2). Diese führte daraufhin berufliche und medizinische Abklärungen durch und holte die Akten des involvierten obligatorischen Unfallversicherers, der C.\_\_\_\_\_, insbesondere die von dieser in Auftrag gegebenen medizinischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 19. April 2012 (AB 7/2) und von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 22. April 2013 (AB 30.2) ein.

Die C.\_\_\_\_\_ stellte ihre Leistungen aus der obligatorischen Unfallversicherung mit Verfügung vom 27. August 2013 (AB 44/2) per 13. August 2013 ein.

Nach der Untersuchung der Versicherten durch Dr. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (nachfolgend RAD), am 8. Januar 2014 (AB 59, 60) holte die IVB auf dessen Empfehlung weitere ärztliche Berichte ein. Hierzu nahm der RAD-Arzt am 20. Mai 2014 (AB 77) Stellung.

Mit Vorbescheid vom 7. August 2014 (AB 78) stellte die IVB bei einem Invaliditätsgrad von 45% eine vom 1. Oktober bis 30. November 2012 befristete Viertelsrente in Aussicht, wozu sich die behandelnde Hausärztin Dr. med. G.\_\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, im Bericht vom 3. September 2014 (AB 80) äusserte, bzw. die von der Beschwerdeführerin beigezogene Rechtsanwältin, Frau B.\_\_\_\_\_ (nachfolgend Rechtsvertreterin), am 15. September 2014 (AB 84) Einwände erhob. Nach Einholung einer weiteren Stellungnahme beim RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_\_ vom 6. November 2014 (AB 87) entschied die IVB mit Verfügung vom 23. Januar 2015 (AB 91) wie im Vorbescheid angekündigt.

**B.**

Mit Eingabe vom 23. Februar 2015 liess die Versicherte hiergegen Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 23. Januar 2015 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Oktober 2012 eine ganze Invalidenrente auszurichten.
2. Eventualiter: Die Verfügung vom 23. Januar 2015 sei aufzuheben und die Sache sei zur Vornahme weiterer Abklärungen (Gutachten bei einer MEDAS, Medizinische Abklärungsstelle) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Anweisung, eine neue Verfügung im Sinne der Beschwerde zu erlassen.

- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Mit Eingabe vom 10. März 2015 liess sie zudem ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Verbeiständung durch die vertretende Rechtsanwältin einreichen.

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Eingabe vom 23. März 2015 auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Eingabe vom 9. April 2015 liess die Beschwerdeführerin Bemerkungen zur Beschwerdeantwort einreichen.

**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 Anträ-

gen 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** Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 23. Januar 2015 (AB 91). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

**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.**

Vorab wird erstmals in der Beschwerde die Vergabe des Gutachtenauftrags durch die Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_ an Dr. med. E. \_\_\_\_\_ kritisiert (Beschwerde S. 6 Art. 7). Zudem macht die Rechtsvertreterin im Beschwerdeverfahren erstmals sinngemäss eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, mit dem Hinweis, ihr sei weder ein RAD-Bericht vom 8. Januar noch vom 6. November 2014 bekannt (vgl. Eingabe vom 9. April 2015, Ad. Ziff. 4 und 6).

### **2.1**

**2.1.1** Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu

äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; Entscheid des Bundesgerichts [BGer] vom 18. Juli 2014, 8C\_834/2013, E. 5.1).

**2.1.2** Muss der Versicherungsträger zur Abklärung des Sachverhaltes ein Gutachten einer oder eines unabhängigen Sachverständigen einholen, so gibt er der Partei deren oder dessen Namen bekannt. Diese kann den Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen und kann Gegenvorschläge machen (Art. 44 ATSG).

Ordnet die Verwaltung eine Begutachtung an, kann die versicherte Person materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich (etwa mit dem Einwand, es handle sich um eine unnötige second opinion), gegen Art oder Umfang der Begutachtung (beispielsweise betreffend die Auswahl der medizinischen Disziplinen) oder gegen bezeichnete Sachverständige (etwa betreffend deren Fachkompetenz) erheben. Weiter können formelle Ausstandsgründe gegen Gutachterpersonen geltend gemacht werden (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Befangenheit ist demnach anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 109; SVR 2009 UV Nr. 32 S. 112 E. 4.2 und 4.3).

**2.2** Dem Einwand der Rechtsvertreterin vom 9. April 2015, ihr sei weder ein RAD-Bericht vom 8. Januar 2014 noch einer vom 6. November 2014 bekannt, kann nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin wurde am 8. Januar 2014 von Dr. med. F. \_\_\_\_\_ untersucht. Dessen Untersuchungsbericht (AB 60) sowie dessen „Beurteilung der medizinischen Situation“ (AB 59) datieren vom 8. bzw. 9. Januar 2014, wurden der Rechtsvertreterin mit Schreiben vom 5. September 2014 (AB 83) zugestellt und von der Beschwerdeführerin als Beilage 19 mit der Beschwerde eingereicht, womit erstellt ist, dass die Rechtsvertreterin im Besitz der besagten Bericht-

te war. Was den RAD-Bericht vom 6. November 2014 (AB 87) betrifft, so hat sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung ausdrücklich auf diesen bezogen (AB 91 S. 6) und ihn als Bestandteil des Entscheids bezeichnet sowie darauf hingewiesen, dass er der Verfügung beiliege. Auch dieser wurde (als Beilage 1) mit der Beschwerde eingereicht. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor.

**2.3** Das Gutachten des Dr. med. E. \_\_\_\_\_ wurde von der obligatorischen Unfallversicherung der Beschwerdeführerin, der C. \_\_\_\_\_, in Auftrag gegeben. Der Beschwerdeführerin wurde - soweit aus den von der Beschwerdegegnerin bei der Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_ einverlangten Akten ersichtlich - vorgängig weder Gelegenheit gegeben, bei der Wahl des Gutachters mitzuwirken, noch Ergänzungsfragen einzureichen. Dies steht jedoch der Verwertbarkeit des Gutachtens aus formaler Sicht nicht per se entgegen.

Die in Art. 44 ATSG vorgesehenen Mitwirkungsrechte sind an sich durch jenen Versicherungsträger zu wahren, der das medizinische Gutachten in Auftrag gibt, d.h. hier die Unfallversicherung C. \_\_\_\_\_. Mängel bei der Einholung des Beweismittels sind in jenem Verfahren, d.h. dem UVG-Verfahren, geltend zu machen (Entscheid des BGer vom 3. Januar 2008, 8C\_131/2007, E. 3.2). Mängel bei der Anordnung der Begutachtung hat die Beschwerdeführerin zeitnah nicht gerügt. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin auch im Verfahren der Invalidenversicherung die Mängel erst im Beschwerdeverfahren vorbringt. Gleichzeitig hat sie jedoch weder vor Gericht dargelegt, in welcher Weise anders vorzugehen gewesen wäre, noch Ablehnungs- oder Ausstandsgründe geltend gemacht. Zudem hat sie auch nicht dargelegt, welche zusätzlichen Fragen vom Gutachter zu beantworten gewesen wären. Lediglich ihr pauschaler Hinweis, das Gutachten sei weder unabhängig noch unvoreingenommen noch objektiv (Beschwerde S. 13 Ziff. 18 und S. 14 Ziff. 20), vermag daran nichts zu ändern. Ob das Gutachten inhaltlich den vom Bundesgericht aufgestellten Anforderungen an eine medizinische Expertise genügt, ist vom Gericht in freier Beweiswürdigung im Rahmen der konkreten Fallbeurteilung und unter Berücksichtigung der gesamten Akten zu klären (vgl. E. 4.3 hiernach).

### 3.

**3.1** Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Massgebend ist – im Unterschied zur Arbeitsunfähigkeit – nicht die Arbeitsmöglichkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich, sondern die nach Behandlung und Eingliederung verbleibende Erwerbsmöglichkeit in irgendeinem für die betroffene Person auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in Frage kommenden Beruf. Der volle oder bloss teilweise Verlust einer solchen Erwerbsmöglichkeit gilt als Erwerbsunfähigkeit (BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

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

**3.3** 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).

#### **4.**

**4.1** In medizinischer Hinsicht ist den Akten im Wesentlichen Folgendes zu entnehmen:

**4.1.1** Gemäss Eintrag in der Krankengeschichte der Beschwerdeführerin von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, vom 25. November 2011 (AB 5.5/8) zeigte das MRI einen Status nach arthroskopischer Teilmenis-kektomie mit einem Restmeniskus, der intakt sei. Anzeichen für einen Sudeck beständen nicht. Die Schmerzen seien nicht richtig objektivierbar. Er habe der Beschwerdeführerin noch einmal Physiotherapie verschrieben sowie ein Rezept für ein entzündungshemmendes Medikament abgegeben. Weiter habe er ihr angedeutet, dass sie in ca. zwei Wochen wieder mit der Arbeit beginnen sollte.

**4.1.2** Dr. med. D.\_\_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Gutachten vom 19. April 2012 (AB 7/2) ein massives Rehabilitationsdefizit Knie links nach arthroskopischer Teilmenis-kektomie links vom 3. Oktober 2011 bei eingeschränkter Beweglichkeit, deutlicher Muskelatrophie des linken Beines sowie Stockgebrauch ausser Haus (S. 6 Ziff. 3). Sowohl die Einschränkungen der Beweglichkeit wie auch der deutliche Muskelschwund am linken Bein könnten klinisch bestätigt werden (Ziff. 4). Neben einer aktiven wie passiven Bewegungstherapie sei ein Krafttraining notwendig. Zusätzlich seien eine Wassertherapie und Gangschulung günstig. Erstes Ziel sollte sein, die Stöcke ausser Haus wegzulassen. Die Beschwerdeführerin sei absolut bereits heute in der Lage, mit einem Stock links zu gehen. Die Prognose scheine heute günstig zu sein, auch wenn die Aufbauphase noch drei bis sechs Monate andauern werde (S. 6 f. Ziff. 5). Bis eine gute Mobilisation und Gehfähigkeit erreicht sei, benötige sie aber noch einige Monate (S. 7

Ziff. 6). Seit dem 2. April 2012 werde ein Arbeitsversuch an einem Schonarbeitsplatz während drei Mal zweier Stunden die Woche durchgeführt. Dies sei in der Zwischenzeit unbedingt weiterzuführen. Eine Steigerung sei jederzeit anzustreben. Eine Rückkehr zur angestammten Arbeit sei im Moment nicht möglich. Die Beschwerdeführerin sei momentan nicht in der Lage, einer anderen Arbeit (stehend, gehend, Lasten hebend, unebener Boden) nachzugehen (S. 8 Ziff. 8).

**4.1.3** Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. G. \_\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 20. Juni 2012 (AB 16/7) ein schweres Rehabilitationsdefizit des linken Knies bei einem Status nach arthroskopischer Meniskektomie am 13. Oktober 2011 (S. 1 Ziff. 1.1). Die Prognose sei unsicher, aber eher günstig, was eine Wiederaufnahme der Arbeit anbelange (S. 2 Ziff. 1.5). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe seit 26. August 2011 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6).

**4.1.4** Vom 14. Juni bis 12. Juli 2012 weilte die Beschwerdeführerin in der Klinik I. \_\_\_\_\_. Im Bericht vom 16. Juli 2012 (AB 30.3) wurde ein Sturz auf die linke Seite mit Kontusion speziell des linken Kniegelenkes und der linken Kniescheibe diagnostiziert. Beim Austritt hätten neben einer eingeschränkten Kniebeweglichkeit links sowie belastungsverstärkten Schmerzen im linken Kniebereich schmerzbedingte Schlafstörungen bestanden. Die physiotherapeutisch begleitete Medizinische Trainingstherapie (MTT) solle ambulant weitergeführt und das instruierte Heimprogramm fortgesetzt werden. Die Ziele seien Erhalt und längerfristig sukzessive weitere Verbesserung berufsspezifischer Kraft- und Ausdauerkomponenten, der Gelenkfunktion, der Muskelfunktion, Schmerzlinderung sowie eine allgemeine Reconditionierung (S. 1). Es liege keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte. Die angestammte Tätigkeit als ... sei aktuell wegen der zu hohen Anforderungen (ganztags gehend-stehende Tätigkeit) nicht zumutbar. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach einer weiteren Phase medizinischer Trainingstherapie von acht Wochen ihre angestammte Tätigkeit als ... wieder vollumfänglich ausüben könne. Andere berufliche Tätigkeiten (aktuell leichte bis mittelschwere Arbeit) seien ganztags zumutbar. Ab 1. September 2012 sollte wieder eine Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Anfänglich z.B.

50% mit schrittweiser Steigerung auf eine volle Leistung innert zwei bis drei Monaten (S. 2).

**4.1.5** Im Bericht des Spitals J. \_\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2012 (Akten der Beschwerdeführerin [act. I] 14) wurden chronisch-persistierende Knieschmerzen links mit/bei einem Status nach Teilmeniscektomie medial 09/2011, einem Status nach Kniegelenksinfiltration 10/2011 und 02/2012 sowie unklarer Parese Hüftbeuger und Fussextensoren (M3) sowie Fussstrecker (M4) diagnostiziert (S. 1). Zusammenfassend bestünden bei der Beschwerdeführerin chronische persistierende Knieschmerzen mit einem nozizeptiv-mechanischen Charakter. Die Paresen im Bereich des linken Beines bei der Untersuchung seien nicht klar kongruent mit dem normal durchführbaren Zehenspitzen- und Fersengang. Die Klinikärzte interpretierten diese Beschwerden am ehesten durch eine gewisse Schonung. Bei normalen Reflexen und auch normaler Sensibilität könnten diese Befunde neurologisch nicht klar eingeordnet werden. Die psychosozialen Belastungsmomente, insbesondere mit der lang andauernden Arbeitslosigkeit, könnten einen Einfluss auf das Schmerzerleben haben. Bei dem chronischen Verlauf sei eine zentrale Hypersensibilisierung nicht auszuschliessen (S. 2).

**4.1.6** Dr. med. E. \_\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 22. April 2013 (AB 30.2) folgende Diagnosen:

1. Unklares Schmerzsyndrom am distalen ventralen Oberschenkel links
2. Mässiger Druckschmerz am dorsomedialen Gelenkspalt links nach Traumatisierung (26.08.2011) und partieller medialer arthroskopischer Meniscektomie (03.10.2011)
3. Druckschmerz der medialen Patellafacette links bei kernspintomographisch nachgewiesener Verschmälerung des femoralen medialen Knorpelbelags
4. Schmerzhaftes Minderbelastbarkeit des linken Beines mit subjektiver Kräfteinschränkung, minimale Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenkes und knienahe Muskelatrophie
5. Verdacht auf vorübergehende mässige Algodystrophie im Januar 2012 bei röntgenologisch kleinfleckiger gelenknaher Knochendystrophie
6. Minimales lumbosakrales rezidivierendes Schmerzsyndrom
7. Adipositas und muskuläre Dysbalance
8. Dringender Verdacht auf eingeschränkte Compliance, abnorme Schmerzverarbeitung mit Symptomausweitung und demonstrativem Verhalten (S. 11 f.).

Nach einem banalen Unfallereignis sei bei weiteren Beschwerden nach MRI-Abklärung eine mediale arthroskopische Teilmeniscektomie durchge-

führt worden. Normalerweise könne in dieser Situation bei kernspintomographisch bestätigter korrekter Teilresektion des Meniskus innerhalb von sechs Wochen mit einer Beschwerdefreiheit gerechnet werden. Im vorliegenden Fall bestünden seit über 18 Monaten Beschwerden, die objektiv nicht erklärt werden könnten. Die einzige objektive Erklärung für atypische Beschwerden und einem verzögerten Heilverlauf habe bildgebend im Januar 2012 festgestellt werden können (gelenknahe Knochendystrophie), die jedoch nur vorübergehende Beschwerden erkläre, wie dies auch mit der zunehmenden Normalisierung anlässlich der MRI-Untersuchung vom 6. März 2012 dokumentiert worden sei. Im gesamten Verlauf gebe es erhebliche Ungereimtheiten, lückenhafte Informationen und zum Teil Widersprüche mit Symptomausweitung, die vom orthopädischen Fachgebiet nicht erklärt werden könnten (S. 15).

Ernsthafte objektiv klinisch oder bildgebend dokumentierte Gesundheitsschädigungen lägen nicht vor. Deshalb sollten die therapeutischen Bemühungen aller beteiligten Personen primär darin bestehen, die Beschwerdeführerin aufzuklären und ihr mitzuteilen, dass an ihrem Körper bzw. linken Bein keine ernsthaften gesundheitlichen Störungen bestünden und sie wieder Vertrauen in ihren Körper gewinnen müsse und durch zunehmenden aktiven Gebrauch eine Besserung durch sie selbst erreicht werden könne. Zusätzlich empfahl der Gutachter die Weiterführung der physiotherapeutischen Massnahmen, wobei als wichtigstes Ziel die vollständige Streckung des linken Kniegelenkes angesehen werden müsse. Nach konsequenter Durchführung der Massnahmen über zwei Monate sollte die Aufnahme einer Verweistätigkeit möglich sein. Alternativ zu den vorgeschlagenen Massnahmen kämen weitere medizinische Maximalbetreuungen in Frage (z.B. stationäre psychosomatische Hospitalisation, interdisziplinäre Abklärung und Rehabilitation). Invasive Massnahmen wie z.B. eine erneute Arthroskopie seien problematisch, da keine echte ernsthafte Bewegungseinschränkung und bildgebend kein operationswürdiger Befund dokumentiert werden könne (S. 16 f. Ziff. 6). In der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin bestehe seit 26. August 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 0%. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit unter Wechselbelastung, mehrheitlich sitzend, wäre vom orthopädischen Standpunkt aus eine Arbeitsfähigkeit von 100% medizinisch-theoretisch ab 1. Oktober 2012 zu-

mutbar. Praktisch wäre diese optimal angepasste Verweistätigkeit aktuell frühestens nach zwei Monaten möglich (Ziff. 8.2). Es bestehe eine Einschränkung bezüglich der Stehdauer bis max. 30 Minuten, der Gehstrecke bis ca. 30 Minuten sowie Heben von Lasten beidhändig bis ca. 10 kg, kurzzeitiges Tragen ca. 5 kg. Arbeiten in Bodennähe, auf unebenem Gelände sowie auf Leitern und Gerüsten seien nicht zumutbar. Die Sitzdauer auf einer guten Sitzgelegenheit mit Beinfreiheit sei nicht eingeschränkt. Unter idealen Bedingungen mit den erwähnten Einschränkungen wäre ein vollschichtiges Arbeitspensum mit 100%-iger Leistung zumutbar (Ziff. 8.3).

**4.1.7** Im Bericht des Spitals K. \_\_\_\_\_ vom 12. August 2013 (AB 66/2) wurde eine Beinschwellung links unklarer Ätiologie diagnostiziert (S. 1).

**4.1.8** Gemäss dem undatierten Bericht des Spitals L. \_\_\_\_\_ (AB 41/2) hat sich die Beschwerdeführerin am 20. August 2013 wegen Schmerzen und Schwellung des linken Beins seit ca. zehn Tagen vorgestellt. Klinisch habe sich ein leicht geschwollener Unterschenkel ohne Rötung oder Überwärmung sowie mit negativen Thrombosezeichen gefunden. Laborchemisch habe eine relevante Entzündung oder Thrombose ausgeschlossen werden können. Bei generalisiertem Kraftverlust im linken Bein sei die Beschwerdeführerin neurologisch konsiliarisch mitbeurteilt worden. Da die motorischen Defizite keiner konkreten Läsion entsprächen, sei von einer funktionell bedingten Kraftreduktion im Rahmen der Knieschmerzen auszugehen. Zur Sicherstellung ausreichender Bewegung des Beines sei Physiotherapie angezeigt (S. 3).

**4.1.9** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ vom RAD führte in seinem auf einer eigenen Untersuchung vom 8. Januar 2014 basierenden Bericht vom 9. Januar 2014 (AB 59, 60) aus, dass wie anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ein Streckdefizit des linken Knies vorliege. Er habe aber - im Gegensatz zu Dr. med. E. \_\_\_\_\_ - keine Schmerzausweitung feststellen können. Entgegen der Erwartung von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ habe die Physiotherapie zu keiner wesentlichen Besserung geführt. Vielleicht sei das Streckdefizit aktuell etwas weniger ausgeprägt, aber subjektiv sei der Zustand laut Angaben der Beschwerdeführerin unverändert; ihren Angaben zufolge sei eine orthopädische Weiterabklärung und sogar Operation vorgesehen. Es sollte vorab der medizinische Sachverhalt aufdokumentiert

werden. Die Frage, wann von der Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei, könne derzeit nicht beantwortet werden (S. 7).

In seinem Bericht vom 20. Mai 2014 (AB 77) führte er aus, falls die von den Orthopäden des Spitals M.\_\_\_\_\_ zwecks Erweiterung der Streckfähigkeit des Knies empfohlene arthroskopische Adhäsioolyse in Narkose mit direkt postoperativer intensiver Physiotherapie durchgeführt würde, so wäre dies mit einer temporären Arbeitsunfähigkeit von voraussichtlich ca. drei Monaten verbunden. Die Beurteilung von Dr. med. E.\_\_\_\_\_, wonach seit Oktober 2012 in einer angepassten Tätigkeit, mehrheitlich sitzend, medizinisch-theoretisch eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, scheinere vertretbar (S. 2 f.).

**4.1.10** Dr. med. G.\_\_\_\_\_ führte in ihrem weiteren Bericht vom 3. September 2014 (AB 80) aus, sie denke nicht, dass die Beschwerdeführerin zurzeit voll einsatzfähig sei. Bereits der Weg zur Arbeit stelle ein Problem dar, da offensichtlich jeder Schritt schmerzhaft sei und sie auf die öffentlichen Verkehrsmittel angewiesen sei. Angeblich würden sich die Schmerzen auch nach längerem Sitzen verstärken, so dass auch eine leichte sitzende Arbeit nur zu einem Teilpensum ausgeführt werden könne.

**4.1.11** Im Bericht vom 6. November 2014 (AB 87) führte Dr. med. F.\_\_\_\_\_ aus, beim Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_\_ handle es sich um ein ausführliches, alle medizinischen Fakten berücksichtigendes und schlüssiges Gutachten. In diesem Zusammenhang sei auch zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der RAD-Untersuchung vom Januar 2014 die Tatsache, dass sie nach wie vor nicht arbeiten ginge, damit begründet habe, dass sie ein Kleinkind zu betreuen habe. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aus den Einwendungen der Rechtsvertreterin keine neuen medizinischen Fakten hervorgingen. Somit bestehe kein Anlass, vom gutachterlich festgestellten medizinischen Zumutbarkeitsprofil Abstand zu nehmen (S. 3).

**4.1.12** Das Spital M.\_\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 23. Dezember 2014 (AB 89) die Diagnose eines persistierenden Streckdefizits mit chronischen Knieschmerzen links bei Status nach Teilmeniskektomie medial im September 2011, Kniegelenksinfiltration im Oktober 2011 und Februar 2012,

Schmerztherapie und stationärer Rehabilitation in der Klinik I. \_\_\_\_\_ 2012. Die Beschwerdeführerin sei erneut wegen des persistierenden Streckdefizites und chronischen Knieschmerzen bei genannten Operationen in die Sprechstunde gekommen. Sie habe nun abgestellt und wünsche die bereits diskutierte Kniearthroskopie und Narkosemobilisation zur Verbesserung des Bewegungsausmasses. Der Verlauf habe keine Besserung gebracht. Es werde immer noch regelmässig Analgetika intermittierend eingenommen (S. 1). Die Ärzte des Spitals M. \_\_\_\_\_ hätten mit der Beschwerdeführerin die Kniegelenksarthroskopie links und die Narkosemobilisation besprochen und ihr erläutert, dass auch mit der Operation eine 100%-ige Gewährleistung für eine volle Streckung und Biegung nicht gegeben sei. Auch die persistierenden Beschwerden und Schmerzen könnten verbleiben, da eigentlich kein anatomisches Korrelat dafür eruierbar sei. Intraoperativ könne die Arthrolyse durchgeführt und versucht werden, das Streckdefizit auf 0° zu verringern. Mit der Arthroskopie würden jedoch neue Verletzungen gesetzt, sodass es auch postoperativ zu einer erneuten Arthrofibrose mit Streckdefizit kommen könne. Postoperativ würde wieder eine intensive Physiotherapie mit Kinetec-Schienenbehandlung durchgeführt werden (S. 2).

Am 21. Januar 2015 wurde im Spital M. \_\_\_\_\_ eine Kniearthroskopie links mit Narbendébridement und medialer Teilmeniskektomie durchgeführt (act. I 25, 26 und 27). Gemäss dem Bericht von Dr. med. G. \_\_\_\_\_ vom 9. Februar 2015 (act. I 28) habe sie die Beschwerdeführerin am 30. Januar 2015, zehn Tage nach der Knieoperation, erneut gesehen. Erfreulicherweise gehe es ihr sehr gut, die Schmerzen seien offensichtlich weniger ausgeprägt. Zudem sei das Knie zurzeit voll beweglich und es könne keine Einschränkung mehr nachgewiesen werden. Es handle sich also um ein optimales Frühergebnis nach Kniemobilisation.

**4.2** 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; 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).

Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b bb S. 353; SVR 2009 IV Nr. 50 S. 154 E. 4.3). Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

**4.3** Die Beschwerdegegnerin hat in der hier angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2015 (AB 91) im Wesentlichen auf das orthopädische Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 22. April 2013 (AB 30.2) abgestellt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.2. hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Der Facharzt hat

sich in seiner Beurteilung sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie seine Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf seine Untersuchung sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Dr. med. E. \_\_\_\_\_ hatte Kenntnis von allen Vorakten, weitere Akten zugezogen und sämtliche ihm zur Verfügung stehenden Informationen in seiner Beurteilung gewürdigt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Nachvollziehbar ist er zum Schluss gekommen, dass in einer angepassten Tätigkeit ab dem 1. Oktober 2012 eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Die dagegen von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände vermögen nicht zu überzeugen. So hat gemäss den Angaben des Gutachters und entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 Ziff. 7) die orthopädische Begutachtung nicht 20 Minuten sondern bereits die Befragung ca. eine Stunde gedauert (AB 30.2 S. 5). Aus dem Gutachten selbst ist ersichtlich, dass Dr. med. E. \_\_\_\_\_ umfassende und von einer Übersetzerin begleitete Untersuchungen durchgeführt und diese einlässlich dargestellt hat (S. 3-8). Zudem ist darauf hinzuweisen, dass es weniger auf die Dauer der Untersuchung als vielmehr auf deren Inhalt ankommt (Entscheid des BGer vom 9. April 2014, 8C\_603/2013, E. 4.1).

Entgegen der Ansicht der Rechtsvertreterin (Beschwerde S. 11 Ziff. 16 und S. 13 Ziff. 8) steht das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ nicht im Widerspruch zu den übrigen medizinischen Akten. Das Gegenteil ist der Fall. Dass die Klinik I. \_\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 16. Juli 2012 (AB 30.3) zum gleichen Schluss wie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gekommen war, hat die Rechtsvertreterin anerkannt (Beschwerde S. 13 Ziff. 19). Dass die Ärzte der Klinik I. \_\_\_\_\_ von einer Einsatzfähigkeit in angestammten Beruf, Dr. med. E. \_\_\_\_\_ jedoch von einer solchen in einer Verweistätigkeit ausgeht, ist eine Frage erwerblicher Natur. Wenn die Ärzte in dieser Hinsicht zufolge unterschiedlicher Beurteilung der Anforderung der angestammten Stelle zu einer unterschiedlichen Beurteilung der früheren Arbeit kommen, so ist dies für den Beweiswert der medizinischen Beurteilung nicht von massgeblicher Bedeutung.

Bereits Dr. med. D. \_\_\_\_\_, der in seinem Gutachten vom 19. April 2012 letztlich lediglich ein Rehadefizit festgehalten hat (AB 7), war zum gleichen Schluss wie Dr. med. E. \_\_\_\_\_ gekommen. Auch wenn er vorerst noch eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, ging doch auch er von einer unmittelbar möglichen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit aus (S. 9 Ziff. 8). Es bestehen keinerlei Anzeichen, dass der Beschwerdeführerin die von sämtlichen Fachärzten (vgl. bereits auch Dr. med. H. \_\_\_\_\_ unter AB 5.5/8 [E. 4.1.1 hiervor]) geforderte Eigenanstrengung zur Konditionierung und Rehabilitation (welche eine weitere Verbesserung herbeigeführt hätten) nicht zumutbar gewesen wäre und dass selbst ohne Konditionierung und Rehabilitation der Beschwerdeführerin eine angepasste Tätigkeit nicht wieder zumutbar gewesen wäre.

Nichts anderes ergibt sich aus den späteren Berichten. So wurden anlässlich der Konsultation der Beschwerdeführerin im Spital L. \_\_\_\_\_ am 20. August 2013 (AB 41/2) nicht Knieschmerzen erhoben, sondern (bei sprachlich schwieriger Verständigung) Schmerzen im Bein (Beinschwäche links), die am ehesten funktioneller Natur seien (S. 3). Funktionell bedeutet beim Fehlen echter organischer Befunde, dass keine organische Grundlage für die Beschwerden besteht. Die angeblich massiven Schwellungen wurden ärztlich (ohne messbare Angaben) relativiert (leicht geschwollener Unterschenkel; S. 3). Das Knie selbst wurde (bei adipösem Bein) als unauffällig geschildert (S. 2). Auch diese Ärzte verlangten eine „ausreichende“ Bewegung des Beines, d.h. eigentliche Aktivierung und Konditionierung. Hinsichtlich des Knies wurde bei aktueller Schwangerschaft eine weitere Untersuchung für später in Aussicht gestellt (S. 3). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass die Beschwerdeführerin sich (gemäss erst später der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis gebrachtem Bericht der Notfallabteilung des Spitals K. \_\_\_\_\_ an einen Gastroenterologen; AB 66/2) offenbar bereits am 12. August 2013 in die Notfallabteilung des Spitals K. \_\_\_\_\_ begeben hatte, wo ebenfalls allein eine Beinschwellung ohne Massgeblichkeit erhoben wurde.

Die vorstehend dargelegte Situation hat der RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ am 9. Januar 2014 nach eigener Untersuchung mit Übersetzung korrekt zusammengefasst (AB 59 und 60). In diesem Zusammenhang

ist abschliessend zu erwähnen, dass Dr. med. F.\_\_\_\_\_ zwar initial im Bericht vom 9. Januar 2014 eine bidisziplinäre Begutachtung empfahl, er aber im gleichen Bericht forderte, dass primär der medizinische Sachverhalt aufdokumentiert werde. Dies hat die Beschwerdegegnerin alsdann vorgenommen. Aufgrund der zusätzlich eingeholten Akten (AB 61, 66, 67, 72, 73) kam Dr. med. F.\_\_\_\_\_ im Bericht vom 20. Mai 2014 (AB 77) zum Schluss, eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe seit Oktober 2012. Dass die Beschwerdegegnerin in der Folge auf eine (weitere) Begutachtung verzichtete, ist nicht zu beanstanden. Von den orthopädischen Fachärzten wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung - bei mangelnder somatischer Grundlage - durchaus angenommen (vgl. u.a. AB 30.2), jedoch gleichzeitig eine Komorbidität im Sinne einer eigentlichen psychischen Störung nie in Erwägung gezogen. Selbst die behandelnde Hausärztin, Dr. med. G.\_\_\_\_\_, hat die Überweisung an einen Psychiater offenbar nie in Betracht gezogen (vgl. insbesondere AB 61/2).

Nichts ändert die teilweise erst nach Erlass der Verfügung erfolgte Behandlung am Spital M.\_\_\_\_\_. Im Bericht vom 23. Dezember 2014 (AB 89) haben diese Ärzte festgehalten, dass sie die Beschwerdeführerin vor dem Eingriff vom Januar 2015 ausdrücklich darauf hingewiesen hätten, dass eine Besserung nicht garantiert werden könne, da eigentlich kein anatomisches Korrelat für die geklagten Beschwerden bestehe (S. 2). Dies bestätigt nicht nur die Beurteilung des Gutachters hinsichtlich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit, sondern auch dessen Warnung vor neuen Eingriffen. Dass die Operation auf Wunsch der Beschwerdeführerin dennoch vorgenommen wurde, ändert am Ganzen nichts. Bei diesen Massnahmen ging es darum, das Streckdefizit zu beheben (vgl. u.a. AB 73, 80 und act. I 18). Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Beschwerdeführerin bei hinreichender Compliance die entsprechende Rehabilitation und Konditionierung bereits lange vor der (weiteren) Schwangerschaft hätte vornehmen können. Selbst wenn die Mobilisation zufolge der jahrelangen Untätigkeit inzwischen nun nicht mehr anders als unter Narkose hätte durchgeführt werden können, ändert dies nichts daran, dass die Arbeitsfähigkeit seit spätestens Oktober 2012 in einer angepassten Tätigkeit wieder gegeben ist.

**4.4** Aufgrund des Dargelegten ergibt sich, dass das Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 22. April 2014 volle Beweiskraft erbringt und bei der Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hierauf abzustellen ist. Bereits Dr. med. H. \_\_\_\_\_ hat am 25. November 2011 (AB 5.5//8) eine Arbeitsaufnahme in zwei Wochen für möglich erklärt. Die Beschwerdeführerin hat in der Folge jedoch keine Arbeit aufgenommen. Anlässlich der multiplen Abklärungen wurden jeweils die gleichen Befunde erhoben, wie sie Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, der RAD-Arzt und letztlich selbst das Spital M. \_\_\_\_\_ im Rahmen der Vorbereitung der letzten Operation erhoben haben. Unter diesen Umständen kann zwar festgehalten werden, dass der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit selbst im Juli 2012 (AB 30.3) in der Klinik I. \_\_\_\_\_ noch attestiert wurde, dass diese für eine angepasste Arbeit jedoch an sich gar nicht mehr gegolten hat (S. 2). Insgesamt ist es unter diesen Umständen nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin (zu Gunsten der Beschwerdeführerin) erst spätestens ab 1. September 2012 von einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen war (AB 91 S. 5). Mit dem Gutachter Dr. med. E. \_\_\_\_\_ ist ab dem 1. Oktober 2012 von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit (zumindest in einer angepassten Tätigkeit) auszugehen (AB 30.2 S. 18 Ziff. 8.2). Frühestmöglicher Rentenbeginn ist unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 IVG der 1. Oktober 2012. Da dieser Zeitpunkt mit der vollständigen Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit zusammenfällt und der Invaliditätsgrad (vgl. E. 5 hiernach) ab diesem Zeitpunkt nicht rentenbegründend ist, ist es keinesfalls zu Lasten der Beschwerdeführerin, wenn die Beschwerdegegnerin unter Berücksichtigung der vom Gutachter erwähnten Anpassungszeit von zwei Monaten eine befristete Rente zusprach.

## **5.**

Tatsächlich könnte angesichts der Ausführungen der Beschwerdeführerin gegenüber dem RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_\_\_ anlässlich der Untersuchung vom 8. Januar 2014 hier die Frage nach dem Status gestellt werden, zumal die seit längerem in der Schweiz lebende Beschwerdeführerin am 3. Dezember 2013 zum dritten Mal Mutter wurde (AB 60 S. 2). Die Frage kann jedoch offen gelassen werden, da selbst unter Annahme einer vollen Er-

werbstätigkeit - wovon selbst die Beschwerdegegnerin ausgeht (AB 91) - kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad besteht.

**5.1** 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).

**5.2** 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 (BfS) herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (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).

**5.3** Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrades ist für das Valideneinkommen von dem im Jahre 2012 erzielten Einkommen von

Fr. 43'992.-- (AB 19 S. 3 Ziff. 2.10) auszugehen. Dieses Einkommen ist auch unter Berücksichtigung des Einkommensverlaufs gemäss dem Auszug des Individuellen Kontos der Beschwerdeführerin (AB 9 S. 3) i.V.m. der Nominallohnentwicklung (vgl. Tabelle T 39 des BfS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, 1976-2013) plausibel.

**5.4** Was das Invalideneinkommen betrifft, so ist gemäss den Ausführungen unter E. 4 hiervor auf das von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 22. April 2013 (AB 30.2) geschilderte Zumutbarkeitsprofil abzustellen, wonach der Beschwerdeführerin seit dem 1. Oktober 2012 eine überwiegend bis vorwiegend sitzende Tätigkeit, ohne längere Gehstrecken, ohne bodennahes Arbeiten, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne Tragen schwerer Lasten ohne wesentliche Leistungseinbusse zumutbar ist (S. 18 Ziff. 8.1 i.V.m. Ziff. 8.2). Entgegen der Ansicht der Rechtsvertreterin (Beschwerde S. 15 Ziff. 21) existieren auf dem hier massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt sehr wohl Stellen, die diese Voraussetzungen erfüllen. So hat auch das Bundesgericht in seiner Entscheidung vom 23. Juli 2010 (8C\_300/2010, E. 4.2) ausgeführt, dass körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden sind. Im Anwendungsbereich der alten LSE-Tabellen (bis 2010) war in Fällen wie dem vorliegenden für die Bestimmung des Invalideneinkommens praxisgemäss auf Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Arbeiten), Totalwert, Frauen, abzustellen (vgl. Entscheid des BGer vom 23. Oktober 2013, 9C\_633/2013, E. 4.2). Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftsabteilungen, Anforderungsniveau des Arbeitsplatzes und Geschlecht - Privater Sektor) gemäss LSE 2010 entspricht - anders als im Anhang des IV-Rundschreibens Nr. 328 vom 22. Oktober 2014 angegeben - nicht der Tabelle „TA1\_skill\_level“ resp. T1\_skill\_level der LSE 2012 (welche den privaten und öffentlichen Sektor umfasst), sondern deren Tabelle TA1 (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht\* Privater Sektor). Entsprechend ist im Anwendungsbereich der alten Tabelle TA1 die neue Tabelle TA1 der LSE 2012 weiterhin massgebend (Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern vom 6. Mai 2015, IV/2015/122, E. 4.6.2).

Danach betrug der monatliche Lohn bei Frauen 2012 bei einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art (Kompetenzniveau 1) Fr. 4'112.--. Aufgerechnet auf ein Jahr und angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft, Heft 3 und 4, 2015, S. 88, Tabelle B 9.2, Total) ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 51'441.10 (Fr. 4'112.-- x 12 Monate / 40 Stunden x 41.7 Stunden). Wird der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug vom Tabellenlohn von 10% (AB 91 S. 5) berücksichtigt, ein höherer ist zweifellos nicht gerechtfertigt, so beträgt das Invalideneinkommen Fr. 46'297.-- (Fr. 51'441.10 / 100% x 90%).

**5.5** Stellt man das Valideneinkommen von Fr. 43'992.-- dem Invalideneinkommen von Fr. 46'297.-- gegenüber, ergibt sich keine Einkommenseinbusse und somit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

## **6.**

Die angefochtene Verfügung vom 23. Januar 2015 (AB 91) erweist sich damit als korrekt. Die dagegen erhobene Beschwerde ist unbegründet und somit abzuweisen.

## **7.**

**7.1** 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).

Die Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin, welche sich nach der gesamten wirtschaftlichen Situation im Zeitpunkt der Entscheidung über das Gesuch

um unentgeltliche Rechtspflege beurteilt (vgl. Entscheid des BGer vom 2. Dezember 2010, 8C\_772/2010, E. 2.2.1), ist aktenmässig erstellt (vgl. insbesondere Akten der Beschwerdeführerin [act. IA] 3 ff.). Im Weiteren ist die Beschwerde nicht als von vornherein aussichtslos zu qualifizieren, weshalb die Voraussetzungen für die Erteilung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege vorliegend erfüllt sind. Das entsprechende Gesuch der Beschwerdeführerin ist somit gutzuheissen und es ist ihr Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin beizuordnen.

**7.2** Gemäss Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> 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). Unter Berücksichtigung des gutgeheissenen Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege (vgl. E. 7.1 hiervor) wird sie – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (ZPO; SR 272) – vorläufig von der Zahlungspflicht befreit (Art. 113 VRPG).

### **7.3**

**7.3.1** Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Umkehrschluss aus Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG).

**7.3.2** 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 Mehrwertsteuer werden zusätzlich entschädigt (Abs. 1). Die Aufwendungen für die Erlangung des Rechts auf unentgeltliche Rechtspflege sind nach den glei-

chen 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.--.

**7.3.3** Mit Kostennote vom 9. April 2014 macht Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ eine Entschädigung von insgesamt Fr. 5'827.90 geltend, bestehend aus einem Honorar von Fr. 5'197.50 (19.25 Stunden à Fr. 270.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 198.70 und Mehrwertsteuer von Fr. 431.70 (8%). Dies erscheint für das vorliegende Verfahren selbst unter Berücksichtigung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege wie auch der Eingabe vom 9. April 2015 als zu hoch. Der Streitgegenstand beschränkte sich einzig darauf, ob anhand der vorliegenden Arztberichte und Gutachten die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zuverlässig ermittelt werden kann. Insofern bedingte der vorliegende Fall keinen besonders hohen Aufwand, zumal die Rechtsvertreterin die Beschwerdeführerin bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hat (AB 81). Angesichts dessen und unter Berücksichtigung der weiteren Bemühungen (Einreichung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege und der kurzen Stellungnahme zur Beschwerdeantwort der Beschwerdegegnerin) sowie mit Blick auf den objektiv erforderlichen Prozessaufwand ist das Honorar - auch im Hinblick auf andere, in aufwandmässiger Hinsicht vergleichbare Verfahren - auf Fr. 3'240.-- (12 Stunden à Fr. 270.--), zuzüglich Auslagen von Fr. 198.70 sowie Mehrwertsteuer von Fr. 275.10 festzusetzen, total ausmachend Fr. 3'713.80. Das amtliche Honorar ist - ausgehend von einem angemessenen Arbeitsaufwand von 12 Stunden - auf Fr. 2'400.-- (12 x Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 198.70 und Mehrwertsteuer von Fr. 207.90 auf total Fr. 2'806.60 festzusetzen. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin gegenüber dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO.

**Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin 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. Der tarifmässige Parteikostenersatz der amtlichen Anwältin wird in diesem Verfahren auf Fr. 3'713.80 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 2'806.60 festgesetzte Entschädigung (inkl. Auslagen und MWSt.) vergütet. Vorbehalten bleibt die Nachzahlungspflicht nach Art. 123 ZPO.
6. Zu eröffnen (R):
  - Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ z.H. der Beschwerdeführerin
  - IV-Stelle Bern
  - Bundesamt für Sozialversicherungen
  - Steuerverwaltung des Kantons Bern, Bereich Inkasso, Postfach 8334, 3001 Bern

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

**Rechtsmittelbelehrung**

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