

200 15 494 IV  
MAW/ABE/SEE

**Verwaltungsgericht des Kantons Bern**  
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

**Urteil vom 12. Oktober 2015**

Verwaltungsrichter Matti, Kammerpräsident  
Verwaltungsrichter Knapp, Verwaltungsrichterin Fuhrer  
Gerichtsschreiberin Abenheim

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

gegen

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

betreffend Verfügung vom 27. April 2015



## Sachverhalt:

### A.

Die 1959 geborene A. \_\_\_\_\_ (Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) meldete sich im Mai 2009 bei der IV-Stelle Bern (IVB bzw. Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an, wobei sie auf eine am 22. Oktober 2008 erlittene prolongierte Synkope und eine mittelgradig bis schwere depressive Episode verwies (Antwortbeilage [AB] 1). Die IVB klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab (AB 6 ff.), gewährte Eingliederungsberatung (AB 7) und förderte zusammen mit dem Krankentaggeldversicherer die Wiedereingliederung der Versicherten in ihrer bisherigen Tätigkeit als ... eines ... (AB 4, 21 f.). Insbesondere erteilte sie Kostgutsprache für ein Arbeitstraining am bisherigen Arbeitsplatz (AB 24, 28, 34). Dadurch konnte wieder eine volle Leistungsfähigkeit erreicht werden (AB 37), worauf die IVB die Eingliederungsmassnahmen am 24. Februar 2010 abschloss und die Prüfung des Rentenanspruchs in Aussicht stellte (AB 39).

Nachdem die Versicherte am 6. August 2010 einen Unfall erlitten hatte, worüber die IVB zunächst durch den Hausarzt informiert wurde (AB 42/1, 43), meldete sie sich im April 2011 erneut bei der IVB an (AB 48). Daraufhin wurde der Versicherten die Stelle beim ... per 31. Mai 2011 gekündigt (AB 51). Die IVB holte die Akten des zuständigen Unfallversicherers, der C. \_\_\_\_\_, ein (AB 56, 65) und veranlasste eine Untersuchung durch die Dres. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin FMH, und E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten je vom 31. August 2011 [AB 79.1, 80.1, 80.2]). Während die C. \_\_\_\_\_ gestützt auf kreisärztliche Untersuchungen (AB 60, 85) ihre Taggeldleistungen per 31. August 2011 einstellte (AB 64) und sowohl einen Rentenanspruch wie auch einen Anspruch auf Integritätsentschädigung verneinte (AB 87), gewährte die IVB Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Ausbildungskurses (... inkl. ...) im Hinblick auf die Ausübung einer angepassten Erwerbstätigkeit (AB 96 ff.).

Im Rahmen der interinstitutionellen Zusammenarbeit (IIZ; AB 116) übernahm die IVB die Kosten für eine berufliche Grundabklärung (AB 119), für

eine Berufswahlabklärung (AB 125) und für ein Arbeitstraining ab Dezember 2012 (AB 131). Sodann erteilte sie Kostengutsprache für einen Kurs in ... (AB 151). Bis April 2014 finanzierte sie ein weiteres Arbeitstraining (AB 151, 153, 158, 180). Am 3. Juni 2014 schloss die IVB die beruflichen Massnahmen ab (AB 181).

In der Folge veranlasste die IVB auf Empfehlung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD; AB 183/3) eine erneute Begutachtung. Gestützt auf die entsprechenden Expertisen der Dres. med. F.\_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und G.\_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom 10. und vom 16. Februar 2015 (AB 186.1, 187.1) stellte die IVB der Versicherten vorbescheidweise (AB 188) in Aussicht, das Rentenbegehren abzuweisen (Invaliditätsgrad: 17%). Dagegen liess jene Einwände erheben (AB 192). Die IVB holte eine Stellungnahme des RAD ein (AB 195) und verfügte am 27. April 2015 (AB 196) wie angekündigt.

## **B.**

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_, am 28. Mai 2015 Beschwerde. Sie beantragt die kostenfällige Aufhebung der Verfügung vom 27. April 2015 und die Zusprechung mindestens einer halben Invalidenrente ab April 2014; eventualiter sei die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem beantragt sie die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege unter Beiordnung von Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ als amtliche Anwältin. Am 24. Juni 2015 ging eine Beschwerdeergänzung mit Blick auf den Bundesgerichtsentscheid vom 3. Juni 2015, 9C\_492/2014 (BGE 141 V 281), ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 29. Juni 2015 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde.

Mit Replik vom 29. Juli 2015 und Duplik vom 24. August 2015 hielten die Parteien an den bisherigen Anträgen und Ausführungen fest.

## **Erwägungen:**

### **1.**

**1.1** Der angefochtene Entscheid ist in Anwendung von Sozialversicherungsrecht ergangen. Die Sozialversicherungsrechtliche Abteilung des Verwaltungsgerichts beurteilt gemäss Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG; SR 830.1) i.V.m. Art. 54 Abs. 1 lit. a des kantonalen Gesetzes über die Organisation der Gerichtsbehörden und der Staatsanwaltschaft vom 11. Juni 2009 (GSOG; BSG 161.1) Beschwerden gegen solche Entscheide. Die Beschwerdeführerin ist im vorinstanzlichen Verfahren mit ihren Anträgen nicht durchgedrungen, durch den angefochtenen Entscheid berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an dessen Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Die örtliche Zuständigkeit ist gegeben (Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung vom 19. Juni 1959 [IVG; SR 831.20]). Da auch die Bestimmungen über Frist (Art. 60 ATSG) sowie Form (Art. 61 lit. b ATSG; Art. 81 Abs. 1 i.V.m. Art. 32 des kantonalen Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege vom 23. Mai 1989 [VRPG; BSG 155.21]) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

**1.2** Anfechtungsobjekt bildet die Verfügung vom 27. April 2015 (AB 196). Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch.

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

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

### **2.**

**2.1** Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Er-

werbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

**2.2** Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente.

**2.3** 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 132 V 93 E. 4 S. 99).

### **3.**

Mit dem Abschluss der Eingliederungsmassnahmen am 24. Februar 2010 stellte die Beschwerdegegnerin die Prüfung des Rentenanspruchs in Aussicht (AB 39). Noch bevor sich die Beschwerdeführerin – auf Empfehlung der C.\_\_\_\_\_ (AB 56.3/2) – (erneut) bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug anmeldete (AB 48), hatte jene bereits eine psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung veranlasst (AB 45). Unter diesen Umständen liegt kein Neuanmeldungsfall vor, zumal fraglich ist, ob überhaupt von gleichlautenden Leistungsgesuchen auszugehen wäre (vgl. SVR 1999 IV Nr. 21 S. 64). Der Rentenanspruch ist frei zu prüfen.

**3.1** Zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

**3.1.1** Die Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ nannten in der interdisziplinären rheumatologisch-psychiatrischen Beurteilung vom 31. August 2011 (AB 79.2) folgende Diagnosen:

- Plantarfasziitis links nach Distorsion des linken Sprunggelenkes am 8.12.2010 mit narbig bedingter Bewegungseinschränkung (ICD-10 M77.5, M25.67)
- Generalisiertes Schmerzsyndrom mit
  - o Chronifiziertem thorakolumbalem/lumbospondylogenem Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5, M54.6)
  - o Chronisch-rezidivierendem Impingement beider Schultern (ICD-10 M75.4)
- Status nach Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (remittiert)

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, der aktuelle psychopathologische Befund korrespondiere mit der Selbsteinschätzung der Explorandin; er falle gänzlich unauffällig aus. Bei der depressiven Episode von 2008 bis 2010 habe es sich um ein einmaliges Phänomen gehandelt, welches im klaren reaktiven Zusammenhang mit der schwierigen Arbeitsplatzsituation gestanden haben dürfte und zwischenzeitlich vollständig remittiert sei. Es liege keine langfristig fortbestehende, dauerhafte psychiatrische Störung vor, die eine Leistungslimitierung zu begründen vermöchte.

Aus rheumatologischer Sicht wurde dargelegt, die klinische Untersuchung zeige eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit der gesamten Schulter-/Rückenpartie mit Insuffizienz der stabilisierenden Rumpfmuskulatur und Verkürzung der Schultergürtel- und oberen Brustmuskulatur. Die Beweglichkeit aller Wirbelsäulenabschnitte sei nur unwesentlich eingeschränkt. Hingegen liege mit der thorakalen Streckhaltung und Hyperkyphose der oberen Brustwirbelsäule eine ungünstige statische Fehlhaltung vor, welche die Muskelverkürzung begünstige und somit das rezidivierende Impingement der Schultern prädisponiere. Die Kombination von Adipositas und muskulärer Insuffizienz führe zu einer Hyperlordose lumbal. Der klinische Hauptbefund liege in einer diffus druckdolenten Plantarfaszie links mit Druckdolenz der Achillessehne und Verkürzung des Musculus trizeps surae. Die Verkürzung dieser Strukturen sei nach der Sprunggelenksdistorsion mit längerer Immobilisation und narbiger, partiell ankylosierender Abheilung nachvollziehbar. Die Compliance sei in Bezug auf die somatisch sinnvollen Massnahmen (zumindest Gewichtsstabilisierung, Kräftigung der

Rumpf- und Beckenmuskulatur u.a.) ungenügend. Die somatischen Beeinträchtigungen führten in einer angepassten Tätigkeit nicht zu einer Leistungslimitierung. Solange die Plantarfasziitis vorliege, sei eine vorwiegend Stehen und Gehen erfordernde Tätigkeit nicht zumutbar. Die Knieschmerzen rechts seien mit jeder mehrheitlich sitzenden Tätigkeit zu vereinbaren; eine rein sitzende Tätigkeit sei aufgrund der Rückenschmerzen ungünstig. Schliesslich seien regelmässige Arbeiten auf Schulterniveau und Überkopparbeiten nicht zumutbar. Hingegen sei eine wechselbelastende, rückergonomisch korrekt durchführbare Tätigkeit ohne Hochheben von schweren Gewichten mit nur gelegentlichem Manipulieren von leichten Gewichten über Kopf zumutbar, solange diese mehrheitlich im Sitzen durchgeführt werde.

Interdisziplinär hielten die Gutachterinnen fest, die bisherige Tätigkeit im ... (vorwiegend Stehen, Gehen und Heben von Lasten, regelmässige Überkopparbeiten) sei seit dem Unfall von 2010 nicht mehr zumutbar. Davor sei die Arbeitsunfähigkeit psychiatrisch zu begründen, wobei sich anhand der Akten diese Begründung nicht nachvollziehen lasse.

**3.1.2** Im Bericht des Spitals H. \_\_\_\_\_ vom 27. November 2011 (AB 107) wurden namentlich folgende (Haupt-)Diagnosen genannt: Immobilisierende Schmerzen bei bekannter Lumbalgie mit Schmerzausstrahlung ins linke Bein, arterielle Hypertonie, Verdacht auf depressive Symptomatik. Die Selbstzuweisung sei aufgrund der dekompensierten Schmerzsituation erfolgt. Nebst einer Analgesie mit einer PCA-Pumpe sei eine peridurale Infiltration (L5/S1) durchgeführt worden. Im Myelo-CT seien eine dorsale paramediane linksseitige Diskushernie Th12/L1 und Diskopathien im Bereich L3/L4, L4/L5 und L5/S1 ersichtlich. Im konventionellen Röntgen des Beckens sei zudem eine leichtgradige Arthrose der Iliosakral- und Hüftgelenke beidseits ersichtlich. Die Aetiologie der aktuellen Beschwerden habe noch nicht eindeutig bestimmt werden können. Es hätten sich deutliche Zeichen für eine depressive Symptomatik bei St.n. mittelgradig-schwerer depressiver Episode (2008) gezeigt; im Rahmen eines psychiatrischen Konsiliums sei eine psychosoziale Belastungssituation gesehen worden.

**3.1.3** Dr. med. I. \_\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, nannte im Bericht vom 28. März 2014 (AB 172) hauptsächlich folgende Diagnosen:

- Persistierendes, panvertebrales thorako-lumbo-sakral betontes Schmerzsyndrom
  - o deutliche degenerative Veränderungen
  - o Haltungsanomalie
  - o muskuläre Dysbalance / myofasziale Komponente
  - o akzentuiert nach Trauma vom 6.8.2010
- Status nach schwerer Distorsion des linken Rückfusses zufolge Trauma 6.8.2010
  - o Restbeschwerden
- Beginnende Coxarthrose beidseits
- Status nach Patella-Operation rechts vor Jahren
  - o Extensionsdefizit im rechten Knie
- Senk-/Spreizfuss beidseits

Zusätzlich zum persistierenden panvertebralen Schmerzsyndrom werde das Beschwerdebild überlagert durch die psychosoziale Situation (Arbeits-situation) und depressive Verstimmung. Allenfalls könnte eine Fazetten-evaluation durchgeführt werden. Fortzusetzen sei die Physiotherapie mit Überprüfung von Rückendisziplin, Ergonomie, stabilisierender Rumpfgym-nastik, muskulärer Rehabilitation mit Dehnungs- und Kräftigungsübungen und Heimübungen. Eine weitere Option sei die Triggerpunkt-Behandlung mit Dry-Needling. Es sei schwierig, sich vorzustellen, dass die Patientin auf dem jetzigen Arbeitsmarkt vermittelbar sei.

**3.1.4** Dr. med. J. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychothera-pie FMH, berichtete am 10. April 2014 (AB 175), der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Es liege eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) vor. Als neue medizinische Befunde wurden aufgeführt: gedrückte Stimmung, Angst, Existenzängste, Sorgen, Einschränkung bei der Bewältigung der alltäglichen Routine. Es bestehe bis auf weiteres eine 80%-ige Arbeitsunfähigkeit. Neben den kör-perlichen und kognitiven Einschränkungen (u.a. Gedächtnisstörungen) beständen und negativistisch-pessimistisch-depressive Verarbeitungsmus-ter aufgrund akzentuierter Persönlichkeit.

**3.1.5** Dr. med. F. \_\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Gutachten vom 10. Februar 2015 (AB 186.1) aus, es liege keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychi-schen Faktoren (ICD-10 F45.41). Das Ausmass der geklagten somatischen Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nur noch halb-tags arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung

angenommen werden müsse (S. 11). Eigentliche depressive Symptome könnten nicht festgestellt werden. Bei der Untersuchung hätten keinerlei psychopathologische Symptome festgestellt werden können (S. 12). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in jeder beruflichen Tätigkeit eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S.13). Stellung nehmend früheren ärztlichen Einschätzungen hielt der Gutachter fest, eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion könne längstens während sechs Monaten nach auslösendem Ereignis diagnostiziert werden (S. 14).

**3.1.6** Dr. med. G. \_\_\_\_\_ nannte im rheumatologischen Gutachten vom 16. Februar 2015 (AB 187.1) folgende Diagnosen (S. 28):

**Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Chronische Schmerzen im OSG-Bereich links nach Distorsion des linken Sprunggelenkes am 8.12.2010 mit St. n. narbig bedingter Bewegungseinschränkung und wahrscheinlich stattgehabter Bone bruise im Talus, aktuell keine Bewegungseinschränkung mehr
- Lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit/bei
  - o Fehlform (thoracal-rechts lumbal-linkskonvexe Skoliose, Hohlrundrücken mit ausgeprägtem Hohlkreuz)
  - o degenerativen Veränderungen (Lateralgleiten L3/4, Osteochondrose L5/S1; Röntgen LWS 8.3.2014)

**Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit**

- Periarthropathia humeroscapularis rechts (PHS) mit leichtem Impingement
- Periarthropathia humeroscapularis links (PHS) geringen Ausmasses mit/bei
  - o Partialruptur der Supraspinatussehne (MRI Schulter links 23.2.2009)
- Fibromyalgie
- Verdacht auf mediale Meniscusläsion Knie rechts (whs. ausgelöst durch direktes Knie Trauma 2014), DD Schmerzen im Rahmen der Fibromyalgie
- Provozierter einmaliger epileptischer Anfall anlässlich Myelographie am 23.11.2011, seither anfallsfrei
- St.n. prolongierter Synkope am 23.10.2008, am ehesten vaso-vagal
- Arterielle Hypertonie
- St.n. Knie-Operation rechts ca. 1987 oder 1988
- Senk-Spreizfuss beidseits

Im angestammten Beruf als ... eines ... mit rein stehender und gehender Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0%. Für die ..., welche die Explorandin im Rahmen der beruflichen Massnahmen ausgeübt habe, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Das Profil einer Verweistätigkeit umfasse Folgendes: Aufgrund der Schulterproblematik könne die Explorandin nicht dauernd auf oder über Schulterhöhe arbeiten, nicht 10 kg über Kopf heben, stossen oder ziehen. Gelegentliches Arbeiten auf oder über Schulterhöhe sei zumutbar. Aufgrund der Fussproblematik links könne sie

nicht dauernd gehen, nicht repetitiv bückend oder kniend oder auf den Knien arbeiten. Sie könne nicht auf Leitern oder Gerüste steigen. Nach einer Gehstrecke von 60 Minuten müsse eine Pause möglich sein. Von Seiten der Rückenproblematik könne sie nicht über 10 kg heben, stossen oder ziehen. Sie könne nicht dauernd nur sitzend oder nur stehend oder nur gehend arbeiten (S. 32). Sie könne sich nicht repetitiv vornüberbeugen und nicht in Zwangsstellungen arbeiten. Für eine Tätigkeit, welche diese Restriktionen berücksichtige, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit, bezogen auf ein Ganztagspensum (S. 33).

**3.2** Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 137 V 210 E. 6.2.2 S. 269, 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

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).

**3.3** Die psychiatrisch-rheumatologische Expertise vom 10./16. Februar 2015 (AB 186.1, 187.1) erfüllt die Anforderungen der Rechtsprechung an medizinische Gutachten (E. 3.2 hiervor) und überzeugt. Sie beruht auf einlässlichen Untersuchungen, wurde unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden und in Kenntnis der Vorakten erstattet. In der Darlegung der

medizinischen Situation ist sie widerspruchsfrei und die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Es finden sich weder Hinweise für eine Unrichtigkeit des Gutachtens noch Anhaltspunkte, die gegen die Zuverlässigkeit der Beurteilung sprechen. Folglich kommt dem Gutachten voller Beweiswert zu (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, ändert daran nichts:

**3.3.1** Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde (S. 6) steht die Einschätzung der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ nicht „absolut in Widerspruch zu den übrigen medizinischen Akten“. Vielmehr findet die Beurteilung der Experten ihren Rückhalt in anderen ärztlichen Einschätzungen. Insbesondere steht sie im Einklang mit dem Gutachten der Dres. med. D. \_\_\_\_\_ und E. \_\_\_\_\_ vom 31. August 2011 (AB 79.2). So haben beide psychiatrischen Gutachter das Vorliegen einer psychischen Störung mit Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit verneint (AB 79.2/4, 186.1/11 f.). Ebenso haben beide rheumatologischen Gutachter die angestammte Tätigkeit als nicht mehr zumutbar beurteilt, in einer angepassten Tätigkeit jedoch eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert (AB 79.2/3, 187.1/32 f.). Zudem stimmt das von den Gutachtern formulierte (somatische) Zumutbarkeitsprofil (AB 187.1/32) weitestgehend mit demjenigen des Kreisarztes Dr. med. K. \_\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, überein (AB 85/10 bzw. AB 60). Entgegen der Ansicht in der Beschwerde (S. 6) schliesst das entsprechende Zumutbarkeitsprofil nicht jegliche Einsatzmöglichkeiten aus, zumal der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze enthält und gewisse „soziale Winkel“ umfasst, d.h. Stellenangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (Entscheidung des Bundesgerichts [BGer] vom 29. Januar 2003, U 425/00, E. 4.4, und vom 18. Juni 2009, 8C\_776/2008, E. 5.2.1).

**3.3.2** Dass der rheumatologische Gutachter darauf verzichtet hat, ein weiteres MRI erstellen zu lassen (AB 187.1/30), schmälert den Beweiswert der Expertise nicht (vgl. Beschwerde, S. 7). Zum einen obliegt der Entscheidung, welche Untersuchungen durchzuführen sind, dem medizinischen Sachverständigen. Zum anderen lagen Dr. med. G. \_\_\_\_\_ zahlreiche, auch ak-

tuelle MR-, CT- und Röntgenaufnahmen (OSG, Becken, LWS/BWS/HWS, Schulter, Kopf) bzw. die entsprechenden Berichte vor (vgl. AB 187.1/14 ff.). Wenn er aus fachärztlicher Sicht eine abermalige Bildgebung als nicht indiziert erachtete, ist dies nicht zu beanstanden. Die in der Beschwerde (S. 7) geäusserte Annahme, der Gutachter habe nur deshalb kein weiteres MRI veranlasst, um die gesamte Problematik unter die Diagnose Fibromyalgie subsumieren zu können, ist nicht zutreffend. Dr. med. G.\_\_\_\_\_ hat zwar eine solche diagnostiziert; gleichzeitig hat er aber diverse andere, somatische bzw. objektivierbare Gesundheitsschäden (mit und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) aufgeführt, womit der Kritik die Grundlage entzogen ist.

**3.3.3** Zum Einwand, eine einstündige psychiatrische Exploration vermöge die Einschätzung der Psychiaterin, welche die Beschwerdeführerin schon jahrelang behandle, nicht auszuhebeln (Beschwerde, S. 8), ist zunächst festzuhalten, dass diese Zeitangabe auf Angaben der Beschwerdeführerin beruht bzw. nicht belegt ist. Abgesehen davon kommt es für den Aussagegehalt eines Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise – wie hier – inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein (Entscheid des BGer vom 29. März 2010, 8C\_942/2009, E. 5.2). Mit Blick auf den Umstand, dass bereits im Jahr 2011 eine (zweistündige) psychiatrische Exploration erfolgt war (AB 80.1/1), und da anlässlich der hier zur Diskussion stehenden Untersuchung keine psychopathologischen Symptome festgestellt wurden (AB 186.1/12), erscheint ein zeitlicher Untersuchungsaufwand im angegebenen Umfang als hinreichend, wobei die effektive Dauer offen bleiben kann.

Weiter war eine Fremdanamnese oder eine Rücksprache mit der behandelnden Psychiaterin nicht zwingend erforderlich (vgl. Beschwerde, S. 8). Anfragen bei behandelnden Ärzten können u.a. dann wertvoll sein, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance des Exploranden erwarten lassen (Entscheid des BGer vom 14. Februar 2014, 8C\_847/2013, E. 5.1.2); solche Umstände lagen hier nicht vor.

Sodann lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Da die behandelnde Psychiaterin Dr. med. J.\_\_\_\_\_ keine Aspekte benannte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, ist ihre von der Expertise abweichende Einschätzung (AB 175) nicht geeignet, das psychiatrische Administrativgutachten (AB 186.1) in Frage zu stellen (SVR 2008 IV Nr. 15 S. 44 E 2.2.1). Die Berichte von Dr. med. J.\_\_\_\_\_ erweisen sich vielmehr als widersprüchlich: Nachdem sie im Jahr 2012 u.a. eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei längerer anhaltender sozialer und finanzieller Belastungssituation (ICD-10 F43.21) sowie eine ausgeprägte selbstunsichere Persönlichkeitsakzentuierung (evtl. Persönlichkeitsstörung) diagnostiziert hatte und von einer Arbeitsfähigkeit von 50% ausgegangen war (AB 129/2 f.), führte sie in den Jahren 2013 und 2014 aus, sie kenne die Beschwerdeführerin mittlerweile sehr gut und sie habe nach den zahlreichen Sitzungen „keine psychiatrische Erkrankung feststellen“ können (AB 140) bzw. „vom Psychischen her“ bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit (AB 163/3). Wenn sie zwei Monate später wiederum ausführt, es liege eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22) und eine Arbeitsunfähigkeit von 80% vor (AB 175), ohne dies näher zu begründen bzw. anzugeben, inwiefern sich die Situation seit dem letzten Bericht, in welchem eine psychiatrische Erkrankung verneint wurde, verändert haben soll, ist dies nicht nachvollziehbar. Unter Berücksichtigung der erwähnten früheren Berichte ist auch die Angabe vom April 2014 nicht nachvollziehbar, die Patientin sei teilweise bei den alltäglichen Lebensverrichtungen seit ca. 2 Jahren regelmässig auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen (AB 175/2). Zudem bezieht Dr. med. J.\_\_\_\_\_ einen fachfremden Aspekt in ihre Einschätzung mit ein, wenn sie – in ihrem in advokatorischem Stil gehaltenen E-Mail an die Eingliederungsfachfrau – „infolge der körperlichen Einschränkungen und Schmerzen“ eine Arbeitsunfähigkeit von 50% postuliert und annimmt, dass „man da nichts mehr tun“ könne (AB 163/3).

Schliesslich vermag die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass sie einen „ganzen Cocktail von starken Medikamenten“, u.a. Psychopharmaka, einnimmt (Beschwerde, S. 8), nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. Insbesondere lässt sich aus dieser Tatsache nicht den Schluss auf eine invalidisierende psychische Störung ziehen.

**3.3.4** Wie in der Beschwerde (S. 9) korrekt vorgebracht wird, sind Erkenntnisse aus beruflichen Massnahmen nicht gänzlich ausser Acht zu lassen. Die Ergebnisse einer konkreten beruflichen Abklärung sind insbesondere dann bedeutsam, wenn jene Aufschluss über die Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit der versicherten Person geben soll (vgl. Entscheid des BGer vom 4. Juli 2008, 9C\_833/2007, E. 3.3.2). Dies war bei den beruflichen Massnahmen von September 2012 bis Februar 2014 jedoch nicht der Fall. Vielmehr hatten diese eine Berufswahlabklärung (AB 125), ein Arbeitstraining (AB 131, 151, 153, 158) und eine Umschulung (Kurs; AB 151) zum Inhalt. Schon deshalb lässt sich die vorliegende Konstellation nicht mit derjenigen vergleichen, welche dem in der Beschwerde zitierten Bundesgerichtsentscheid zugrunde lag. Hinzu kommt, dass offenbar vorab invaliditätsfremde Gründe zur Nichterfüllung der Zielvorgaben der Eingliederungsmassnahmen geführt haben. So ist dem entsprechenden Schlussbericht zu entnehmen, dass v.a. aufgrund fehlender vakanter Stellen und fehlender ... bzw. ... keine Stelle gefunden worden sei (AB 180/3 unten).

**3.4** Schliesslich halten die Schlussfolgerungen der Dres. med. F.\_\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_\_ in den Gutachten vom Februar 2015 (AB 186.1, 187.1) auch dem in der Zwischenzeit ergangenen BGE 141 V 281 stand:

**3.4.1** Das Bundesgericht hat damit seine bisherige Praxis, wonach die Überwindbarkeit in Fällen mit Diagnostik anhaltender somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Störungen zu vermuten sei, aufgegeben. Im erwähnten Entscheid wurde namentlich 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 treten neu im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die

Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Die Anerkennung eines invalidisierenden Gesundheitsschadens 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 (BGE 141 V 281 E. 6 S. 307).

Nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist 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. In sinngemässer Anwendung dieser in BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 entwickelten Grundsätze auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

**3.4.2** Die Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ haben mit Hinweis auf die psychische Überlagerung (AB 186.1/11) bzw. die ubiquitär bestehenden Schmerzen und die entsprechenden Druck-/Kontrollpunkte (AB 187.1/31) eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) bzw. eine Fibromyalgie diagnostiziert (AB 186.1/11, 187.1/28). Die Gutachter haben diesen Diagnosen – welche beide dem Formenkreis sog. unklaren syndromalen Beschwerdebilder bzw. den vergleichbaren psychosomatischen Störungen zuzuordnen sind (vgl. BGE 139 V 547 E. 2.2 S. 550) – keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeschrieben. Bestehen von Seiten der Schmerzstörung – wie hier – keine Funktionseinschränkungen, entfällt auch deren Plausibilisierung anhand der massgeblichen Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.1.2 S. 287). Dem psychosomatischen Beschwerdebild kommt vorliegend keine invalidisierende Wirkung zu.

**3.5** Nach dem Dargelegten hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf die Einschätzung der Dres. med. F. \_\_\_\_\_ und G. \_\_\_\_\_ abgestellt (vgl. auch AB 195/2). Gestützt darauf ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221), dass die Beschwerdeführerin in einer aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeit ganztags arbeitsfähig ist, wobei keine Leistungseinschränkung besteht. Auf dieser Grundlage ist nachfolgend die Invaliditätsbemessung vorzunehmen.

#### **4.**

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

**4.1.1** 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).

**4.1.2** 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 Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 S. 593; SVR 2014 IV Nr. 37 S. 133 E. 7.1). Dabei gilt es 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).

**4.2** Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend (vgl. BGE 129 V 222). Die angestammte Tätigkeit ist seit dem Unfallereignis vom 10. August 2010 nicht mehr zumutbar (AB 79.2/4, 187.1/33). Unter Berücksichtigung des Wartejahrs (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und der Frist von Art. 29 Abs. 1 IVG bestünde frühestens ab August 2011 ein Rentenanspruch (vgl. auch AB 182/2).

**4.2.1** Im Gesundheitsfall wäre die Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich weiterhin als ... tätig. Das von der Beschwerdegegnerin auf der Basis der früheren Anstellung und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung berechnete Valideneinkommen (Fr. 54'340.--) wird zu Recht nicht beanstandet (vgl. Beschwerde, S. 10).

**4.2.2** Da die Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist das Invalideneinkommen aufgrund von Tabellenlöhnen zu bestimmen (E. 4.1.2 hiervor). Gemäss LSE 2010, TA1, Frauen, Niveau 4, beträgt der Totalwert monatlich Fr. 4'225.--. Aufgerechnet auf die allgemeine wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2011 von 41.7 Stunden und angepasst an die Lohnentwicklung (Nominallohnindex, Tabelle T1.2.10, Frauen, Total, Index Jahr 2010: 100 Punkte, Index Jahr 2011: 101.0 Punkte [abrufbar unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch)]) resultiert pro 2011 ein Einkommen von Fr. 53'383.30.

Unter Berücksichtigung des nicht zu beanstandenden Abzugs von 15% (AB 196/2) ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 45'375.80.

**4.2.3** Bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'340.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 45'375.80 beträgt die Erwerbseinbusse Fr. 8'964.20. Dies entspricht einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von aufgerundet 17% (zur Rundung: BGE 130 V 121 E. 3.2 f. S. 123).

**4.3** Die angefochtene Verfügung vom 27. April 2015 (AB 196) erweist sich nach dem Gesagten als rechters. Die Beschwerde ist unbegründet und abzuweisen.

## **5.**

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

**5.2** Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteienschädigung (Umkehrschluss aus Art. 61 lit. g ATSG).

**5.3** Auf Gesuch hin befreit die Verwaltungsjustizbehörde eine Partei von den Kosten- und allfälligen Vorschuss- sowie Sicherstellungspflichten, wenn die Partei nicht über die erforderlichen Mittel verfügt und ihr Rechtsbegehren nicht aussichtslos erscheint. 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).

**5.3.1** Die Prozessarmut ist mit den eingereichten Unterlagen ausgewiesen. Zudem kann das Verfahren nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden und die Verhältnisse rechtfertigen eine Verbeiständung. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege und Beiordnung von Rechts-

anwältin B. \_\_\_\_\_ ist demnach gutzuheissen. Somit ist die Beschwerdeführerin – unter Vorbehalt der Nachzahlungspflicht gemäss Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung vom 19. Dezember 2008 (Zivilprozessordnung, ZPO; SR 272) – von der Zahlungspflicht betreffend die Verfahrenskosten zu befreien.

**5.3.2** 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 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.--. Die Kostennote von Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ vom 29. Juli 2015 ist nicht zu beanstanden. Der tarifmässige Parteikostenersatz ist demnach auf Fr. 4'703.95 festzusetzen (Honorar: Fr. 4'250.-- [17 Std. à Fr. 250.--], Auslagen: Fr. 105.50, Mehrwertsteuer: Fr. 348.45). Davon ist Rechtsanwältin B. \_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse ein amtliches Honorar von Fr. 3'400.-- (17 Std. à Fr. 200.--) zuzüglich Auslagen von Fr. 105.50 und Mehrwertsteuer von Fr. 280.45 (8% auf Fr. 3'505.50), somit eine Entschädigung von total Fr. 3'785.95, auszurichten. Auch diese Kosten hat die Beschwerdeführerin dem Kanton Bern entsprechend den Voraussetzungen von Art. 123 ZPO nachzuzahlen.

**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. 4'703.95 (inkl. Auslagen und MWSt.) festgesetzt. Davon wird Rechtsanwältin B.\_\_\_\_\_ nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils aus der Gerichtskasse eine auf Fr. 3'785.95 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:

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.