

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.273 vom 1. Oktober 2015

SO Obergericht, 2015-10-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.273](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.273)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.273 du 1 octobre 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.273 del 1 ottobre 2015

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1961 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) arbeitete zuletzt seit dem 16. August 1998 als «Mitarbeiterin Reinigung» in der B.\_\_\_\_, [...], [...]. Am 22. Dezember 2000 erlitt die Mutter von zwei 1988 und 1990 geborenen Kindern bei einem Auffahrunfall als Beifahrerin ein HWS-Distorsionstrauma. Seit dem 20. Januar 2001 ist sie arbeitsunfähig. Vom 9. Mai bis 13. Juni 2001 hielt sich die Beschwerdeführerin zur Behandlung und Abklärung in der C.\_\_\_\_ auf. Am 8. Januar 2002 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die Arbeitgeberin löste in der Folge das Arbeitsverhältnis auf den 30. Juni 2002 auf. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste am 26. September 2002 eine polydisziplinäre (internistische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung im D.\_\_\_\_, [...], welche am 7. April 2003 durchgeführt wurde (Gutachten vom 23. Mai 2003; IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 18 und 27).

1.2 Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) hatte bereits mit Verfügung vom 18. Juni 2002 ihre Versicherungsleistungen per 30. Juni 2002 eingestellt. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Suva mit Einspracheentscheid vom 17. Juni 2003 ab (IV-Nr. 29). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 13. Oktober 2004 ebenfalls ab (VSBES.2003.305; IV-Nr. 48).

1.3 Mit Verfügung vom 29. Juli 2003 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten zu (IV-Nr. 30). Die berufliche Eingliederung wurde in der Folge abgeschlossen (Bericht vom 24. September 2003; IV-Nr. 34). Mit Verfügung vom 5. November 2003 gewährte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe Invalidenrente (sowie entsprechende Zusatz- und Kinderrenten) mit Wirkung ab 1. Januar 2002. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, die Beschwerdeführerin sei seit dem 20. Januar 2001 in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Ohne Gesundheitsschaden könnte sie in ihrer Tätigkeit als «Mitarbeiterin Reinigung» unter Berücksichtigung der Einkommensentwicklung ein Jahreseinkommen von CHF 45'700.00 erzielen. Aus ärztlicher Sicht sei ihr die Ausübung einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten zuzumuten. Dabei könnte sie ein Jahreseinkommen von CHF 19'722.00 erzielen (IV-Nr. 39). Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 27. August 2004 abgewiesen (IV-Nr. 47).

1.4 Vom 29. bis 31. Mai 2004 war die Beschwerdeführerin wegen einer commotio cerebri sowie multiplen Kontusionen an Hals, Oberarmen, Oberschenkel und Thorax im E.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-Nr. 54 S. 18 f.). Vom 12. bis 22. Juli 2004 hielt sie sich wegen einer reaktiven depressiven Episode (ICD-10 F43.20) sowie psychosozialen Belastungsfaktoren (Paarkonflikt, Schulden; ICD-10 Z63, Z59) in den F.\_\_\_\_ auf (IV-Nr. 54 S. 14 ff.). Am 22. März 2005 erlitt die Beschwerdeführerin am rechten Handgelenk infolge eines Sturzes eine distale, nicht dislozierte Radiusfraktur mit zusätzlichem minimal disloziertem dorsalem Fragment Typ Barton, welche im E.\_\_\_\_ versorgt wurde (IV-Nr. 54 S. 8 ff.). Das im September 2006 aufgenommene Revisionsverfahren ergab keine rentenrelevante Änderung (Mitteilung vom 16. April 2007; Invaliditätsgrad von 50 %; IV-Nr. 50 und 55).

1.5 Im April 2013 leitete die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen erneut ein Revisionsverfahren ein. In der Folge veranlasste sie eine polydisziplinäre (internistische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung im G.\_\_\_\_, [...] (im Folgenden: G.\_\_\_\_), welche im September und Oktober 2014 durchgeführt wurde (Gutachten vom 17. November 2014; IV-Nr. 80.1 bis 80.6). Daraufhin liess die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 22. Dezember 2014 zum Gutachten Stellung nehmen (IV-Nr. 85) und mit Eingabe vom 9. Februar 2015 weitere Arztberichte der behandelnden Rheumatologin einreichen (IV-Nr. 86). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Einholung einer Stellungnahme des G.\_\_\_\_ vom 24. Juni 2015 (IV-Nr. 101 S. 2 ff.) hob die Beschwerdegegnerin die bisher gewährte halbe Invalidenrente aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von nurmehr 10 % mit Verfügung vom 1. Oktober 2015 auf Ende November 2015 auf. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, der Gesundheitszustand habe sich sei der Rentenzusprache verbessert. Eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei vollschichtig zumutbar. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei eine Leistungseinschränkung von 10 % berücksichtigt worden. Als medizinische Entscheidungsgrundlage liege das G.\_\_\_\_ -Gutachten vom 17. November 2014 vor (IV-Nr. 104).

## **E. 2**

2.1 Invalidität gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 7 f. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) bedeutet im Allgemeinen den durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 40 Rz. 102 mit Hinweis auf BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Die Invalidenrente wird nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente ab einem Invaliditätsgrad von 70 %; ein Invaliditätsgrad zwischen 60 bis 69 % berechtigt zum Bezug einer Dreiviertelsrente, ab einem Invaliditätsgrad von 50 % wird eine halbe Rente und ab einem solchen von 40 % eine Viertelsrente ausgerichtet (BGE 135 V 319 E. 2.1 S. 320).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

### **E. 3**

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

Im vorliegenden Fall meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin am 8. Januar 2002 zum Leistungsbezug an, wobei ihr in der Folge mit Verfügung vom 5. November 2003 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe Invalidenrente ab 1. Januar 2002 zugesprochen wurde (IV-Nr. 39). Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 27. August 2004 abgewiesen (IV-Nr. 47). Im Rahmen des im September 2006 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens zog die Beschwerdegegnerin den Bericht des Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. April 2007 sowie weitere medizinische Unterlagen bei (vgl. IV-Nr. 54 S. 5 ff.), aus welchen hervorging, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem ABI-Gutachten vom Mai 2003 nur unwesentlich verändert hatte. Dementsprechend wurde keine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs im vorerwähnten Sinne vorgenommen und der Beschwerdeführerin am 16. April 2007 mitgeteilt, es sei keine rentenrelevante Änderung festgestellt worden; der IV-Grad betrage 50 % und es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente (IV-Nr. 55).

Somit ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 27. August 2004 (IV-Nr. 47) zu Grunde lag.

3.3 Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Arztes, die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.3 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

5. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 27. August 2004 zu Grunde lag:

5.1 Dem von der IV-Stelle veranlassten interdisziplinären Gutachten des D.\_\_\_\_, [...], vom 23. Mai 2003 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 7. April 2003 internistisch (Dr. med. I.\_\_\_\_), neurologisch (Dr. med. J.\_\_\_\_) und psychiatrisch (Dr. med. K.\_\_\_\_) untersucht und begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23); 2. Dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7); 3. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); 4. Leichtes bis mässiges Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.8)». Im Weiteren wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gebäudereinigerin ausgeführt, aufgrund des feststellbaren Panvertebralsyndroms mit zervikaler und lumbaler Betonung und verminderter Belastbarkeit des Achsenskeletts, bei Fehlhaltung und muskulärer Dysbalance und einer allgemeinen Dekonditionierung sei der Explorandin eine derartige Tätigkeit aus Sicht des Bewegungsapparates bleibend nicht mehr zumutbar. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem 20. Januar 2001 anzunehmen sei.

Zur Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten gaben die Gutachter an, bei der Explorandin bestünden, wie im fachneurologischen Gutachten detailliert dargelegt, teilweise massive funktionelle Überlagerungen in der Untersuchungssituation. Die objektivierbaren Befunde seien im Verhältnis zu den subjektiv angegebenen Beschwerden gering. Es liessen sich keine radikulären oder sensomotorischen Ausfälle objektivieren. Das Lumbal- und Zervikalsyndrom sei geringgradig ausgeprägt. Im Vordergrund stehe die muskuläre Dysbalance und die allgemeine Dekonditionierung. Es seien keine Befunde zu erheben, die eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg, ohne Überkopfarbeiten und arbeitsmässig relevanter Belastung des Schultergürtels sowie ohne Torsionsbelastung der Wirbelsäule nicht als zumutbar erachten liessen. Die massive funktionelle Überlagerung in Kombination mit der deutlichen muskulären Dekonditionierung lege eine gewisse Leistungseinschränkung für in diesem Rahmen zumutbare Tätigkeiten nahe. Das Ausmass müsse jedoch zusammen mit der

psychiatrischen Beurteilung vorgenommen werden, da keine scharfe Abgrenzung möglich sei. Aus internistischer Sicht könne keine relevante Diagnose gestellt werden, welche auch die Arbeitsfähigkeit tangieren würde. Aus psychiatrischer Sicht bestünden verschiedene Problemkreise, welche den Niederschlag in den erwähnten Diagnosen der Anpassungsstörung, der dissoziativen Störung gemischt und der Somatisierungsstörung gefunden hätten. Es bestünden bei der Explorandin subjektiv quälende massive Schmerzen, die man somatisch nicht ausreichend und teilweise gar nicht erklären könne. Es finde eine diffuse Ausbreitung über den gesamten Körper statt. Es bestehe eine psychosozial schwierige Situation und eine Komorbidität im Rahmen der dissoziativen Störung, sodass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostisch festgehalten werden könne. Zugleich, im Laufe der Zeit mehr und mehr in den Hintergrund getreten, da von der somatoformen Schmerzstörung überlagert, müsse eine Anpassungsstörung festgehalten werden, da die Explorandin initial grosse Schwierigkeiten gehabt habe, mit ihren damals neu aufgetretenen Schmerzen umzugehen. Dieser Anpassungsstörung seien gewisse Konzentrationsstörungen und eine verminderte emotionale Belastbarkeit zuzuordnen. Im Weiteren falle bei der Explorandin ein labiles psychisches Gleichgewicht auf, sie weine schnell und wirke in den Beschreibungen dramatisierend. Dies sei im Rahmen der dissoziativen Störung einzuordnen. Die Einschränkungen der Explorandin aus psychiatrischer Sicht beeinflussten sich gegenseitig ungünstig und hätten einen erheblichen Krankheitswert angenommen. Bei der Explorandin bestehe eine verminderte Belastbarkeit und ein erhöhter Erholungsbedarf. Ein 50%iges Pensum sei ihr allerdings aus psychiatrischer Sicht nach wie vor zumutbar.

Im Weiteren führten die D.\_\_\_\_-Gutachter aus, in der Konsensbesprechung präsentiere sich eine Explorandin mit einer subjektiv massiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und einem ausgeprägten aggravatorischen Verhalten in den Untersuchungssituationen. Dieses Verhalten müsse jedoch nicht speziell gedeutet werden, da dies der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung inhärent sei. Aufgrund der objektivierbaren Befunde aus somatischer und psychiatrischer Sicht erachte man eine körperlich leichte und adaptierte Tätigkeit zu mindestens 50 % weiterhin als zumutbar. Damit sei auch die abschliessende Einschätzung hinsichtlich der diskutierten Einschränkung aus neurologischer Sicht, welche aufgrund der massiven Überlagerung schwierig vorzunehmen sei, abgeschlossen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Explorandin und der von den Experten geäusserten medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Diese Diskrepanz könne nur bis zum Ausmass der 50%igen Einschränkung aus medizinischer Sicht erklärt werden. Die restliche Differenz müsse wohl mit IV-fremden Gründen erklärt werden, wie den sprachlichen, schulischen und beruflichen Voraussetzungen sowie mit der psychosozialen Situation und auch dem sekundären Krankheitsgewinn. Dr. med. H.\_\_\_\_ attestiere eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dabei stehe nicht die Zumutbarkeit für eine adaptierte Tätigkeit im Vordergrund. Gutachterlicherseits werde im angestammten Bereich ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Der verschlechternde Zustand, welcher vom Hausarzt festgestellt worden sei, müsse im Rahmen der psychiatrischen Situation gesehen werden. Auch ansonsten stelle sich keine relevante Diskrepanz zwischen früheren ärztlichen Einschätzungen ein, insbesondere da mittlerweile eine Stabilisierung auf das aktuelle Niveau eingetreten sei.

Eine erneute Hospitalisation in der L.\_\_\_\_ wäre zu empfehlen, um mit der Explorandin ihre zumutbaren Möglichkeiten ausloten zu können. Sie müsse noch besser lernen, mit den Beschwerden umzugehen, und als letzten Versuch eine Wiederintegration anzustreben. Die Prognose sei realistischerweise, insbesondere aus psychiatrischer Sicht, ungünstig. Dies beruhe vor allem auf der geringen Introspektionsfähigkeit der Explorandin, weshalb auch keine psychotherapeutischen Massnahmen durchführbar seien. Aufgrund der Selbsteinschätzung der Explorandin könnten keine konkreten beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden. Zusammenfassend wurde festgehalten, bei der Explorandin bestehe seit dem 20. Januar 2001 in der angestammten Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. Körperlich leichte und adaptierte Tätigkeiten seien ihr nach wie vor zu mindestens 50 % zumutbar. Medizinische Massnahmen könnten der Stabilisierung der Situation dienen, auch zur Evaluation, ob es möglich sei, in Richtung berufliche Massnahmen weiter vorzugehen. Gegebenenfalls müssten diese reevaluiert werden (IV-Nr. 27).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt Rheumatologie FMH, hielt in seinem Bericht an den Hausarzt vom 17. September 2013 folgende Diagnosen fest: «1. Posttraumatische Schmerzen im Handgelenk links im Bereiche vom Os lunatum mit/bei anamnestisch, Status nach Sturz im Juli 2013 mit Restbeschwerden in Form von Schmerzen im Bereiche vom Os lunatum bei Handgelenkextension mit Druck auf die Handfläche; 2. Myofascialschmerzsyndrom der Nackenmuskulatur mit/bei klinisch, keine relevante Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) und keine Hinweise für Zervicobrachialsyndrom bei der Untersuchung vom 13.09.2013; 3. Chronisches Lumbospondylogensyndrom mit/bei anamnestisch, lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung über das Gesäss links bis zur Fusssohle, klinisch, ohne Hinweis für ein radikuläres Syndrom bei der Untersuchung vom 13.09.2013; 4. Adipositas Grad I (Body-Mass-Index 30 kg/m<sup>2</sup> mit Stammadipositas); 5. Starke Vitamin-D-Insuffizienz mit/bei 27 nmol/l am 22.08.2013; 6. Chronischer Nikotinabusus (aktuell 30 py); 7. Parodontose und Karies».

Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» führte der Rheumatologe aus, beim Handgelenk links handle es sich um posttraumatische Schmerzen im Bereich des Os lunatum. Es werde eine Kontrolle bei der Orthopädischen Chirurgie im E.\_\_\_\_ am 18. September 2013 geplant, sodass er keine weiteren Abklärungen mehr geplant habe. Bei den Schmerzen am Ellbogen links handle es sich um eine Epikondylose humeri radialis links. Je nach Befund am Handgelenk werde die Physiotherapie mit einer solchen für die Epikondylose humeri radialis ergänzt. Bei den Nackenschmerzen handle es sich um ein Myofascialschmerzsyndrom ohne relevante Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS). Aus therapeutischer Sicht sei eine Physiotherapie verordnet worden. Die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität links habe man bei der Untersuchung vom 13. September 2013 nicht durch eine objektive Einschränkung der Funktion der Lendenwirbelsäule (LWS) oder der Hüften bestätigen können. Es handle sich somit um ein chronisches Lumbospondylogensyndrom ohne Hinweise für ein radikuläres Syndrom. Aus therapeutischer Sicht sei der Patientin Physiotherapie verordnet worden. Eine Vitamin-D-Supplementation sei dauernd indiziert und ab dem 13. September 2013 eingeführt worden (IV-Nr. 63 S. 4 ff.).

6.2 Der langjährige Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht vom 26. September 2013 an, der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär. Seit seinem letzten Bericht bestehe ein unveränderter, chronifizierter Gesundheitszustand. Alle bisher durchgeführten

therapeutischen Beschwerden hätten keine Verbesserung der geklagten Beschwerden gezeigt. Die Patientin gebe bewegungs-, belastungs- und positionsabhängige panvertebrale zervikal/lumbal betonte Schmerzen mit nicht radikulärer Ausstrahlung in Arme und Beine an. Seit Jahren bestehe eine Grundstimmung mit sozialem Rückzug, fehlender Perspektive/Motivation, Interesselosigkeit sowie schwierigen psychosozialen, familiären Problemen etc.. Es bestehe eine Schmerzintensivierung. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine andere, der Patientin zuzumutende Tätigkeit sei nicht bekannt. Eine Verweistätigkeit sei aufgrund des bisherigen therapieresistenten und chronifizierten Verlaufs nicht zuzumuten (IV-Nr. 63 S. 1 ff.).

6.3 Laut dem Austrittsbericht des N.\_\_\_\_ vom 13. April 2014 wurde die Beschwerdeführerin am 12. April 2014 Opfer eines tätlichen Übergriffes im Rahmen eines Überfalles. Ihr Ehemann sei stationär aufgenommen worden. Die Beschwerdeführerin sei zu Boden geworfen worden, wobei sie sich den Kopf gestossen habe. Der unbekannte Täter sei ihr auf die Hände getreten. Sie habe Schmerzen weiterhin an der rechten und auch an der linken Hand, am Hinterkopf, an der Hüfte links sowie an der Schulter links. Der Traumacheck am ganzen Körper habe Folgendes ergeben: Am Hinterkopf bestehe eine kleine palpable Prellmarke, ansonsten sei der Kopf neurologisch unauffällig. Die HWS sei frei, beim Thorax bestehe eine Druckdolenz an der linken Schulter ohne Prellmarke oder Hämatom. An der Hüfte links sei ein Hämatom feststellbar. An den Händen seien beidseits Kontusionsmarken vorhanden und rechts bestehe eine Schwellung. Die Verletzungen seien vereinbar mit der Anamnese (IV-Nr. 85 S. 5).

6.4 Aus dem polydisziplinären Gutachten des G.\_\_\_\_ vom 17. November 2014 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin dort am 16. September 2014 internistisch (Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH für Allgemeine Innere Medizin), am 18. September 2014 orthopädisch (Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie), am 30. September 2014 neurologisch (Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH für Neurologie) und am 9. Oktober 2014 psychiatrisch (Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Chronisches cervicovertebrales und intermittierendes lumbospondylogenes Syndrom, cervical wie lumbal myofaszial betonte Schmerzen, Insuffizienz des Rumpfes, chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz, Zustand nach Verkehrsunfall vom 22.12.2000 mit craniocervicalem Beschleunigungstrauma ohne cerebrale Beteiligung, Zustand nach Polytrauma vom 29.05.2004 mit Commotio cerebri, multiplen Kontusionen an Hals, Oberarmen, Oberschenkeln und Thorax, unspezifischer posttraumatischer Kopfschmerz, kein cervicoradikuläres und kein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom, muskuläre Dysbalance, V.a. Carpal tunnel syndrome, kein elektroneurographischer Nachweis». Die weiteren Diagnosen («2. St.n. distaler Radiusfraktur rechts Typ Barton [März 2005] und St.n. Kontusion linkes Handgelenk [Juli 2013]; 3. Klinisch beidseitiges Carpal tunnel syndrome [siehe neurologisches Teilgutachten]; 4. Enthesopathien der oberen Extremitäten; 5. Tendoperiostose am Trochanter major, linke Hüfte mehr als rechts; 6. Patellachondropathie, links mehr als rechts; 7. Beidseitiger Hallux valgus mit klinisch beginnender Arthrose; 8. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.4]; 9. Akzentuierte Persönlichkeitszüge möglich [ICD-10 Z73.1]) haben nach den fachärztlichen Angaben keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Unter dem Titel «Zusammenfassung und Beurteilung» wurde ausgeführt, nach der spezialärztlichen Beurteilung des orthopädischen Chirurgen Dr. med. P.\_\_\_\_ seien ■ im Einvernehmen mit dem D.\_\_\_\_ -Gutachten aus dem Jahr 2003 ■ der Explorandin seit dem Jahr 2001 aufgrund der lumbospondylogenen und cervicovertebralen Schmerzen schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zuzumuten. Sie könne keine Lasten, die mehr als 10 kg schwer seien, heben und keine Arbeiten ausführen, die mit häufigem Bücken einhergingen. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus rein orthopädischer Sicht der Explorandin vollschichtig möglich. Ab wann diese Beurteilung ihre Gültigkeit habe, lasse sich aus den Akten datummässig nur schätzungsweise eruieren. Bei relativ normalem neurologischem Befund habe der Neurologe im D.\_\_\_\_ -Gutachten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bis zu 30 % attestiert. Diese Einschätzung habe sich geändert; seit dem D.\_\_\_\_ -Gutachten sei, wie damals vom Neurologen bereits vorausgesagt, eine weitere Besserung der Beschwerden eingetreten. Nur vorübergehend sei es nach den beiden Handgelenksverletzungen zu Einschränkungen der adaptierten Arbeitsfähigkeit bis zur Abheilung der Verletzungen gekommen. Die gegenwärtig postulierte volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestehe ab September 2013, nämlich 6 Wochen nach der letzten Handgelenksverletzung vom Juli 2013.

Zur neurologischen Evaluation (Dr. med. Q.\_\_\_\_) sei festzuhalten, dass im polydisziplinären Gutachten des ABI vom 23. Mai 2003 ausgeführt worden sei, körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten, ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 kg bis 10 kg, ohne Überkopftätigkeiten und arbeitsmässig relevanter Belastung des Schultergürtels und Torsionsbelastung der Wirbelsäule seien zumutbar, im Sinne einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten. Der beurteilende Neurologe sei damals davon ausgegangen, dass in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 100 % zumutbar sei. Die angestammte Tätigkeit als Gebäudereinigerin sei aufgrund des Panvertebralsyndroms nicht mehr zumutbar. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde sei die frühere Beurteilung im Wesentlichen zu bestätigen; Arbeiten mit schwerer und häufig mittelschwerer körperlicher Belastung seien aufgrund des chronischen vertebrogenen Schmerzsyndroms ungeeignet, also nicht zumutbar. Körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Arbeiten seien aus heutiger neurologischer Sicht jedoch vollumfänglich zumutbar. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt verrichteten Tätigkeit als Gebäudereinigerin sei zu berücksichtigen, dass das Belastungsprofil in dieser Tätigkeit je nach Arbeitsplatz erheblichen Schwankungen unterliegen könne. Aus diesem Grund könne die Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit nicht generell beurteilt werden, sondern lediglich nach den obgenannten Gesichtspunkten und Einschränkungen im Belastungsprofil. Eine substanzielle Leistungseinschränkung in angepasster Tätigkeit könne aus heutiger Sicht aufgrund der überwiegend funktionellen und psychischen Beschwerdeüberlagerung nicht mit somatisch-neurologischen Faktoren begründet werden. Neurologisch könne eine beschwerdebedingte Leistungseinschränkung von 10 % eingeräumt werden. Bezüglich einer allenfalls darüber hinausgehenden Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sei auf das psychiatrische Teilgutachten zu verweisen.

Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der spezialärztlichen Beurteilung von Dr. med. R.\_\_\_\_ festzuhalten, dass die Explorandin aufgrund der Schmerzstörung allenfalls bei körperlich belastenden Tätigkeiten eingeschränkt sei, wobei sie ohnehin nie eine derartige Tätigkeit ausgeübt habe. Es sollte ihr eine leichte bis mittelschwere einfach strukturierte Tätigkeit in vollem Umfang möglich sein. Ebenfalls sollte ihr eine Haushaltstätigkeit in

vollem Umfang möglich sein. Seit wann eine Besserung aus psychischer Sicht angenommen werden könne, sei unklar, da keine psychiatrisch relevanten Unterlagen zur Verfügung stünden. In den letzten Jahren sei die Explorandin in keiner psychiatrischen Behandlung gestanden, erst nach dem Überfall habe sie seit Juni 2014 eine ambulante psychiatrische Therapie aufgenommen, die in lockeren Abständen durchgeführt werde.

Gesamtmedizinisch sei festzuhalten, dass es zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation gekommen sei. Sicherlich ab Gutachten könne der Explorandin aus psychiatrischer Sicht in einer den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit keine Einschränkung mehr attestiert werden. Schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien nach wie vor ungeeignet und somit nicht zumutbar. Somit ergebe sich, dass der Explorandin sicherlich ab Gutachten leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten vollschichtig zumutbar seien mit einer Leistungseinschränkung von 10 %. Diese Einschätzung sei durch alle involvierten Ärzte gemeinsam erfolgt. Physiotherapien mit Stabilisierungsübungen des Rumpfes seien indiziert. In Anbetracht der negativen Einstellung zu den zuletzt durchgeführten Physiotherapien vor einem Jahr sei von einer erneuten Verordnung nicht viel zu erwarten. Bedingt durch die psychischen Überlagerungen sei die Prognose ungünstig. Wegen der Carpaltunnelsymptomatik biete sich zur Nacht eine entsprechende Schienenversorgung an. Die Dekompression des Nervus medianus hänge vom neurologischen Befund ab. Es handle sich um einen chronifizierten und verfestigten Beschwerdeverlauf seit nunmehr bald 14 Jahren. Der bisherige Verlauf sei vollkommen therapierefraktär gewesen. Von weiteren Behandlungsmassnahmen könne eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes nicht erwartet werden, wengleich eine schrittweise aufgebaute muskuläre Trainingstherapie zur Rekonditionierung befürwortet werden könne, um eine zukünftige Stabilisierung zu gewährleisten bzw. eine Zustandsverschlechterung zu vermeiden. Die Explorandin habe aktuell neu eine psychiatrische Therapie aufgenommen, welche etwa einmal wöchentlich durchgeführt werde. Die Serumkontrolle habe ergeben, dass sie die Medikation offenbar nicht befolge. Eine gravierende psychische Problematik könne heute nicht vorgefunden werden, weswegen im Prinzip psychiatrische Massnahmen nicht unbedingt indiziert seien. Die Explorandin fühle sich durch die psychosoziale Situation belastet, insbesondere auch wegen der ungewissen Situation mit dem Ehemann. Unter den gegebenen Umständen könnten allenfalls gesprächstherapeutische Massnahmen eine gewisse Beruhigung erzielen. Die Explorandin fühle sich nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der Krankheitsüberzeugung der Explorandin nicht umsetzbar (IV-Nr. 80.1).

6.5 Dr. med. S.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, stellte in ihrem Bericht zu Händen des Hausarztes vom 22. Januar 2015 (Untersuchung vom 19. Januar 2015) folgende Diagnosen: «1. Myofasiales Schmerzsyndrom des Schultergürtels bei ausgesprochener Fehllhaltung der Wirbelsäule; 2. Hypermobilitätssyndrom mit generalisierten weichteilrheumatischen Schmerzen; 3. Lumbospondylogene Schmerzen bei Fehllhaltung der Wirbelsäule und Chondrose und Spondylose L5/S1». Die Rheumatologin führte aus, die Patientin gebe an, sie habe Schmerzen im Nacken und im Rücken, aber auch in den Armen und in den Beinen, eigentlich von Kopf bis Fuss. Am schlimmsten seien die Beschwerden in der Nacht, der Körper sei oft wie taub. Sie schlafe sehr schlecht. Im vergangenen Jahr seien offenbar Physiotherapien durchgeführt worden; diese hätten aber nach den Angaben der Patientin nur wenig geholfen. Was ihr am besten helfe, seien ein warmes Bad oder

Wärmepackungen. Die Schmerzen im Schultergürtel und im Nacken seien chronifiziert und seit einem Auto-Unfall mit Distorsion der HWS seit Jahren persistierend. Neu seien nun zusätzlich verstärkte Schmerzen in den Armen vorhanden. Die Patientin sage, sie habe keine Kraft, eine Flasche zu öffnen; am schlimmsten seien die Schmerzen an den Ellbogen.

Bei der Untersuchung falle eine ausgesprochene Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Ventralverlagerung des Lots auf. Die Patientin stehe mit nach vorn gebeugtem Oberkörper, und es bestehe eine erhebliche Hyperkyphosierung der BWS mit einer Kopfprotraktion. Die Fehlhaltung könne zum Teil korrigiert, aber in der korrigierten Position nicht gehalten werden. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit und die Beweglichkeit der BWS seien normal; die Flexion in der LWS sei zu einem Drittel eingeschränkt. Auffallend seien überlaxe Bänder mit Überstreckbarkeit von Ellbogen und Kniegelenken beidseits. Zudem finde sich ein muskulärer Hartspann im Bereich der dorsalen Schultergürtelmuskulatur. Die Abdominal- und Rückenmuskulatur sei sehr schwach. Die Wirbelsäule könne schlecht stabilisiert werden. Man finde zudem Tender Points über dem Trapezius beidseits, über den Trochanteren beidseits, an den Ellbogen und an den medialen Kniegelenksfettpolstern. In Anbetracht der eingeschränkten Beweglichkeit in der LWS und den Beschwerden sei ein Röntgenbild angefertigt worden. Dieses zeige eine Chondrose und Spondylose im Segment L5/S1, in den darüber liegenden Niveaus seien höchstens diskrete Chondrosen vorhanden. Die Sakroiliakgelenke seien unauffällig.

Es liege also ein myofasiales Schmerzsyndrom des Schultergürtels vor bzw. eine zervikospondylogene Symptomatik, die schon seit vielen Jahren persistiere. Dazu gekommen seien lumbospondylogene Schmerzen bei degenerativen Veränderungen in der unteren LWS. Ganz im Vordergrund stünden aber die Fehlhaltung der Wirbelsäule und die völlig ungenügende muskuläre Stabilisierung, die sich natürlich umso ungünstiger auswirke, als bei der Patientin auch noch eine Bandlaxizität mit Hypermobilität der Gelenke vorliege. Es gelte somit in erster Linie, die Muskulatur zu kräftigen. Da die bisher durchgeführten Physiotherapien keinen Effekt gezeigt hätten und vor allem eine aktive, rückenkräftigende Behandlung angezeigt sei, sei darauf verzichtet worden, der Patientin erneut Physiotherapien zu verordnen. Es seien einfache Übungen zur Kräftigung der Abdominal- und der Rückenmuskulatur gezeigt worden. Es sei zu hoffen, dass die Patientin diese Übungen ausführen werde (IV-Nr. 86 S. 4 f.).

6.6 In ihrem Bericht zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 6. Februar 2015 hielt Dr. med. S.\_\_\_\_ fest, in der angestammten Tätigkeit als Gebäudereinigerin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für leichte Verweistätigkeiten wäre die Patientin medizinisch theoretisch aus rheumatologischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig. Durch rezidivierende Rückenschmerzen im Rahmen degenerativer Veränderungen der unteren Wirbelsäule sowie rezidivierenden Schmerzen im Schultergürtel und zum Teil in den Extremitäten im Rahmen eines Hypermobilitätssyndroms seien der Patientin nur sehr leichte, nicht körperlich belastende Tätigkeiten zuzumuten, mit Vorteil also Kontrollfunktionen oder Aufgaben, bei denen sie sich zwar bewegen, aber keine Lasten heben, stossen oder verschieben müsse. Infolge der Schmerzen bei länger dauernden Bewegungen sei auch keine ganztägige Leistung möglich. Die Patientin benötige Erholungszeit. Die 50%ige Restarbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten beziehe sich auf den bestmöglichen Zustand, also wenn die Patientin ihre Muskulatur etwas aufgebaut habe. Zum aktuellen Zeitpunkt scheine sie nicht einmal für eine solche eingeschränkte Verweistätigkeit einsatzfähig. Der Zeitrahmen bis zum

Erreichen einer etwas verbesserten Belastbarkeit dürfte bei drei bis sechs Monaten liegen, sofern eine regelmässige kräftigende Bewegungstherapie durchgeführt werde (IV-Nr. 86 S. 3 f.).

6.7 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 6. Februar 2015 folgende Diagnosen fest: «Posttraumatische Belastungsstörung, DD reaktivierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), St.n. Autounfall mit HWS Distorsionstrauma 2000, St.n. Polytrauma mit Commotio cerebri und multiplen Kontusionen 2004». Für die weitere somatische Diagnostik mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei auf die Angaben des zuweisenden Hausarztes zu verweisen. Die ebenfalls diagnostizierte «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» hat nach den Angaben des behandelnden Psychiaters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren gab der behandelnde Psychiater an, der Gesundheitszustand der Patientin verschlechtere sich. Die Behandlung bestehe seit dem 13. August 2014 bis auf weiteres. Die Patientin gebe Erinnerungen an den Überfall vom April 2014 an. Die Träume vom Überfall seien verbunden mit Todesangst und wiederholtem schreckhaftem Aufwachen trotz Schlaftabletten. Am Morgen sei sie erschöpft und könne häufig erst dann etwas länger schlafen. Sie habe Angst, in der Wohnung oder auf der Strasse überfallen zu werden. Bedingt durch die Angst und das Gefühl der Bedrohung gehe sie wenig aus der Wohnung hinaus, sie ziehe sich zurück. Sie meide alles, was für sie unangenehm werden könnte. Sie könne es in Gesellschaft nicht lange aushalten, fühle sich psychisch wenig belastbar, sei schnell gereizt und bereit zu streiten. Sie habe häufig Kopfweg, Schmerzen im Hals, Rücken und an den Extremitäten. Die Beschwerden seien seit Jahren vorhanden, seit einem Autounfall im Jahr 2000. In der Folge habe es auch andere Verletzungen gegeben, auch eine Gehirnerschütterung im Jahr 2004. Der Überfall im April 2014 habe ihren ohnehin schlechten Gesundheitszustand verschlimmert.

Zum Psychostatus wurde angegeben, es handle sich um eine bewusstseinsklare, allseits orientierte Patientin, welche psychomotorisch leicht unruhig sei. Die Stimmung sei gedrückt, inhaltlich sei sie auf den Überfall vom April 2014 und damit verbundene Beschwerden (Flashbacks, Intrusionen, gestörter Schlaf, Arousal, schwere Träume, diverse Ängste) fokussiert. Im Gespräch sei sie häufig weinerlich jammernd. Des Weiteren klage sie über diverse Schmerzen im Kopf und im Bewegungsapparat, Leistungsschwäche, schnelle Ermüdbarkeit und sozialen Rückzug. Kognitive Funktionen seien ■ grob klinisch untersucht ■ unauffällig. Es bestünden subjektive Angaben über Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Die Patientin habe Gedanken des Lebensüberdresses, es bestehe aber keine Suizidalität im engeren Sinne. Es bestehe keine Fremdgefährdung. Aufgrund der langen Vorgeschichte mit seit Jahren anhaltenden chronischen Beschwerden könne keine günstige Prognose erwartet werden. Der Überfall vom 14. April 2014 und die daraus resultierende posttraumatische Belastungsstörung hätten zu einer weiteren Zustandsverschlechterung geführt und wirkten sich zusätzlich ungünstig auf die Langzeitprognose aus (IV-Nr. 88).

6.8 RAD-Ärztin Dr. med. U.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2015 fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert. Seit dem ABI-Gutachten aus dem Jahr 2003 habe sich der neurologische Befund gebessert. Im Rahmen der aktuellen fachneurologischen Untersuchung durch Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 30. September 2014 habe man bis auf

ausgedehnte leichte bis vereinzelt mässige Tendomyosen keine pathologischen Befunde finden können, insbesondere habe neurologisch weder ein cervicoradikuläres noch ein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom festgestellt werden können. Die beschriebenen Tendomyosen seien im Rahmen einer muskulären Dysbalance einzuordnen. Auch ein Carpal-tunnelsyndrom habe aufgrund der aktuellen elektroneurographischen Befunde nicht bestätigt werden können. Im Vordergrund des Schmerzgeschehens stehe eine funktionelle Überlagerung mit Schmerzfehlverarbeitung.

Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens (17. November 2014) vermöge die Beschwerdeführerin eine leichte bis mittelschwere, einfach strukturierte Tätigkeit vollschichtig auszuüben, mit einer Leistungseinschränkung von 10 %. Ein ausgeprägter Schwindel wäre bei der neurologischen Untersuchung aufgefallen. Eine invalidisierende Kopfschmerzproblematik habe nicht eruiert werden können. Die Beschwerdeführerin habe sodann behauptet, am Untersuchungstermin auf ihre Medikamente wegen der durch sie ausgelösten Müdigkeit verzichtet zu haben. Die vom G.\_\_\_\_ durchgeführte Labormessung der als Dauermedikation verschriebenen Psychopharmaka (Truxal und Mirtazapin) sei unter der Nachweisgrenze gelegen. Bei einer langen Halbwertszeit von 15 Std. bei Truxal und von 20 bis 40 Std. bei Mirtazapin wären bei einer korrekten Medikamenteneinnahme an den Vortagen des Untersuchungstermins die Psychopharmaka am Tag der Entnahme zwar vermindert, aber noch sicher nachweisbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe die genannten Medikamente also seit längerer Zeit nicht genommen (IV-Nr. 89 S. 3 f.).

6.9 In ihrer Stellungnahme vom 29. Mai 2015 hielt Dr. med. U.\_\_\_\_ zu den Einwänden der Beschwerdeführerin im Wesentlichen fest, es sei zu bemerken, dass eine Fehllhaltung der Wirbelsäule auch absichtlich vorgeführt werden könne. Im orthopädischen Gutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 18. September 2014 sei die von der Rheumatologin Dr. med. S.\_\_\_\_ diagnostizierte muskuläre Insuffizienz der Rumpfmuskulatur in der Diagnoseliste erwähnt worden, ebenso wie das intermittierend auftretende lumbospondylogene Syndrom. Eine Fehllhaltung der Wirbelsäule sei von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht beschrieben worden (achsengerechter Aufbau). Dies bedeute, dass sich seit dem G.\_\_\_\_ -Gutachten keine Verschlechterung der Beschwerdeproblematik im Wirbelsäulenbereich ergeben habe. Dass die von Dr. med. P.\_\_\_\_ im Rahmen seines Gutachtens befundeten Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule (LWS) von 2008 noch keine Osteochondrosen der unteren LWS aufwiesen, habe zunächst nichts zu sagen. Jedenfalls sei von Dr. med. Q.\_\_\_\_ im Rahmen des neurologischen Gutachtens vom 30. September 2014 kein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom diagnostiziert worden (IV-Nr. 97).

6.10 Die G.\_\_\_\_ -Gutachter Dres. med. O.\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_ hielten in ihrer Stellungnahme zu Handen der Beschwerdeführerin vom 24. Juni 2015 fest, den Vorwürfen des Rechtsvertreters könne entgegnet werden, dass das Fachgutachten offensichtlich nicht genügend sorgfältig gelesen worden sei. Sonst wäre aufgefallen, dass mit der Explorandin eine Anamnese erhoben worden sei und die Explorandin weitgehend problemlos in der Lage gewesen sei, sich in der deutschen Sprache zu verständigen; eine Übersetzung habe kaum stattgefunden und es sei so auch kein zusätzlicher Zeitaufwand entstanden. Die Explorandin sei auch zum Überfall vom 14. April 2014 eingehend befragt und auf die entsprechenden Symptome untersucht worden. Dr. med. T.\_\_\_\_ gebe im Arztbericht eine posttraumatische Belastungsstörung (DD: Reaktivierte posttraumatische Belastungsstörung [ICD-10 F43.1]) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neben körperlichen Problemen an. Im Weiteren attestiere er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und

psychischen Faktoren ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Behandlung sei am 13. August 2014 aufgenommen worden. Es werde dargelegt, zu Behandlungsbeginn und im weiteren bisherigen Behandlungsverlauf würden ausgeprägte Beschwerden entsprechend dem Beschwerdebild einer posttraumatischen Belastungsstörung im Vordergrund stehen. Diese Beschwerden seien allerdings nicht näher dargelegt worden. Es werde u.a. auch erwähnt, dass die Explorandin nach einer Hospitalisation im Jahr 2004 Frau V.\_\_\_\_ in [...] aufgesucht habe, weil sie sich damals ähnlich gefühlt habe wie nach dem Überfall im April 2014. Es entstehe aufgrund der Anamnese der Eindruck, dass die Explorandin schon im Jahr 2004 eine posttraumatische Störung entwickelt habe. Diesbezüglich könne entgegnet werden, dass die Explorandin bei der Untersuchung nach dem Vorfall vom April 2014 auch nach allfälligen Symptomen befragt worden sei, die im Zusammenhang mit dieser Störung interpretiert werden könnten. Es sei zu bedenken, dass die Explorandin bei diesem Überfall, der im Übrigen auf ihren Ehemann erfolgt sei, sich zusammen mit ihrem Mann gegen diesen Angreifer zur Wehr gesetzt habe und ihn sogar geschlagen habe. Es hätten keine eindeutigen Symptome gefunden werden können, die man im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung hätte interpretieren können. Insbesondere würden keine flashbackartigen Zustände auftreten. Natürlich erinnere sich die Explorandin an diesen Überfall, was aber nicht mit einem Flash-back verwechselt werden dürfe. Es würden keine Alpträume beschrieben. Man finde keine Hinweise auf Vermeidungsverhalten. Der Explorandin gelinge es gut, über den damaligen Vorfall zu sprechen. Es zeigten sich diesbezüglich auch keine vegetativen Symptome. Dr. med. T.\_\_\_\_ könne zudem nicht nachvollziehbar darlegen, dass tatsächlich eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe.

Im Weiteren sei Dr. med. T.\_\_\_\_ zu kritisieren, wenn er angebe, dass rein aufgrund einer Anamnese in der Vergangenheit eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden habe. Entscheidend für eine derartige Diagnose seien immer noch die Symptome und nicht die Anamnese. Es handle sich daher um eine reine Vermutung seinerseits. Die Explorandin sei auch zur ambulanten Behandlung bei Frau V.\_\_\_\_ befragt worden. Diese damalige Behandlung habe gemäss ihren Angaben nicht im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung stattgefunden, jedoch im Rahmen von Beziehungsproblemen, die sich mittlerweile gelegt hätten. Nach ihren Schilderungen habe damals auch nicht eine sehr intensive Therapie durchgeführt werden müssen.

Im Weiteren sei festzustellen, dass auch aktuell keine intensive Therapie durchgeführt werde. Gemäss den Angaben der Explorandin suche diese Dr. med. T.\_\_\_\_ einmal monatlich auf, eine medikamentöse Therapie führe sie zudem entgegen ihren Versicherungen nicht durch, was darauf hinweise, dass einerseits ihre Aussagen zu relativieren seien und andererseits der subjektiv empfundene Zustand offenbar nicht derart gravierend sei, dass sie die vorgeschlagene Therapie befolgen wolle. Schliesslich müsse auch festgehalten werden, dass Dr. med. T.\_\_\_\_ sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äussere, er verweise auf die Diagnostik und gebe an, dass die Arbeitsfähigkeit gegebenenfalls abklärungsbedürftig sei. Wie im Gutachten angegeben, könnten sie keine derart gravierenden Diagnosen und Befunde erheben, um damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehen zu können. Diesbezüglich seien keine weiteren Abklärungen nötig (IV-Nr. 101 S. 2 ff.).

6.11 Dr. med. U.\_\_\_\_ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 7. Juli 2015 schliesslich noch dahingehend, der psychiatrische G.\_\_\_\_ -Gutachter Dr. med. K.\_\_\_\_ nehme in seiner nachvollziehbaren Stellungnahme klärend Bezug auf die von ihm ausführlich explorierte

psychiatrische Problematik der Explorandin. Was die von ihr geschilderten Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates angehe, welche von der Rheumatologin Dr. med. S.\_\_\_\_ als Beschwerden im Rahmen eines Hypermobilitätssyndroms diagnostiziert worden seien, so könnten diese nicht so ausgeprägt sein: Die Behandlung der muskulären Dysbalance im Rahmen eines Hypermobilitätssyndroms seien unbedingt physiotherapeutische Massnahmen. Die involvierte Krankenkasse der Beschwerdeführerin habe mitgeteilt, dass während der letzten 3 Jahre keine Physiotherapierechnungen eingereicht worden seien. Dies bedeute, dass physiotherapeutische Massnahmen nicht notwendig gewesen seien (IV-Nr. 103).

## **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 29 ff.). 2.3 Mit Replik vom 3. Juni 2016 lässt die Beschwerdeführerin an den in ihrer Beschwerde vom 2. November 2015 gestellten Rechtsbegehren festhalten (A.S. 42 ff.). 2.4 Mit Verfügung vom 9. Juni 2016 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Patrick Thomann als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt (A.S. 47 f.). 2.5 In ihrer Duplik vom 28. Juni 2016 hält die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag, die Beschwerde sei abzuweisen, fest (A.S. 50 f.). 2.6 Am 13. Juli 2016 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 53 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin ab 1. Dezember 2015 weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 1. Oktober 2015 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Invalidität gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 7 f. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) bedeutet im Allgemeinen den durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ( Meyer/Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 40 Rz. 102 mit Hinweis auf BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346). 2.2 Die Invalidenrente wird nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente ab einem Invaliditätsgrad von 70 %; ein Invaliditätsgrad zwischen 60 bis 69 % berechtigt zum Bezug einer Dreiviertelsrente, ab einem Invaliditätsgrad von 50 % wird eine halbe Rente und ab einem solchen von 40 % eine Viertelsrente ausgerichtet (BGE 135 V 319 E. 2.1 S. 320). 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. 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; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander

gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3. 3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.). Im vorliegenden Fall meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin am 8. Januar 2002 zum Leistungsbezug an, wobei ihr in der Folge mit Verfügung vom 5. November 2003 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 57 % eine halbe Invalidenrente ab 1. Januar 2002 zugesprochen wurde (IV-Nr. 39). Die dagegen erhobene Einsprache wurde mit rechtskräftigem Einspracheentscheid vom 27. August 2004 abgewiesen (IV-Nr. 47). Im Rahmen des im September 2006 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens zog die Beschwerdegegnerin den Bericht des Hausarztes Dr. med. H. \_\_\_ vom 7. April 2007 sowie weitere medizinische Unterlagen bei (vgl. IV-Nr. 54 S. 5 ff.), aus welchen hervorging, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem ABI-Gutachten vom Mai 2003 nur unwesentlich verändert hatte. Dementsprechend wurde keine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs im vorerwähnten Sinne vorgenommen und der Beschwerdeführerin am 16. April 2007 mitgeteilt, es sei keine rentenrelevante Änderung festgestellt worden; der IV-Grad betrage 50 % und es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente (IV-Nr. 55). Somit ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 27. August 2004 (IV-Nr. 47) zu Grunde lag.

3.3 Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand

zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Arztes, die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.3 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

5. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 27. August 2004 zu Grunde lag: 5.1 Dem von der IV-Stelle veranlassten

interdisziplinären Gutachten des D.\_\_\_\_, [...], vom 23. Mai 2003 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 7. April 2003 internistisch (Dr. med. I.\_\_\_\_), neurologisch (Dr. med. J.\_\_\_\_) und psychiatrisch (Dr. med. K.\_\_\_\_) untersucht und begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23); 2. Dissoziative Störung gemischt (ICD-10 F44.7); 3. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4); 4. Leichtes bis mässiges Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.8)». Im Weiteren wurde im Rahmen der Gesamtbeurteilung zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gebäudereinigerin ausgeführt, aufgrund des feststellbaren Panvertebralsyndroms mit zervikaler und lumbaler Betonung und verminderter Belastbarkeit des Achsenskeletts, bei Fehllhaltung und muskulärer Dysbalance und einer allgemeinen Dekonditionierung sei der Explorandin eine derartige Tätigkeit aus Sicht des Bewegungsapparates bleibend nicht mehr zumutbar. Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem 20. Januar 2001 anzunehmen sei. Zur Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten gaben die Gutachter an, bei der Explorandin beständen, wie im fachneurologischen Gutachten detailliert dargelegt, teilweise massive funktionelle Überlagerungen in der Untersuchungssituation. Die objektivierbaren Befunde seien im Verhältnis zu den subjektiv angegebenen Beschwerden gering. Es liessen sich keine radikulären oder sensomotorischen Ausfälle objektivieren. Das Lumbal- und Zervikalsyndrom sei geringgradig ausgeprägt. Im Vordergrund stehe die muskuläre Dysbalance und die allgemeine Dekonditionierung. Es seien keine Befunde zu erheben, die eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 bis 10 kg, ohne Überkopfarbeiten und arbeitsmässig relevanter Belastung des Schultergürtels sowie ohne Torsionsbelastung der Wirbelsäule nicht als zumutbar erachten liessen. Die massive funktionelle Überlagerung in Kombination mit der deutlichen muskulären Dekonditionierung lege eine gewisse Leistungseinschränkung für in diesem Rahmen zumutbare Tätigkeiten nahe. Das Ausmass müsse jedoch zusammen mit der psychiatrischen Beurteilung vorgenommen werden, da keine scharfe Abgrenzung möglich sei. Aus internistischer Sicht könne keine relevante Diagnose gestellt werden, welche auch die Arbeitsfähigkeit tangieren würde. Aus psychiatrischer Sicht beständen verschiedene Problemkreise, welche den Niederschlag in den erwähnten Diagnosen der Anpassungsstörung, der dissoziativen Störung gemischt und der Somatisierungsstörung gefunden hätten. Es beständen bei der Explorandin subjektiv quälende massive Schmerzen, die man somatisch nicht ausreichend und teilweise gar nicht erklären könne. Es finde eine diffuse Ausbreitung über den gesamten Körper statt. Es bestehe eine psychosozial schwierige Situation und eine Komorbidität im Rahmen der dissoziativen Störung, sodass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostisch festgehalten werden könne. Zugleich, im Laufe der Zeit mehr und mehr in den Hintergrund getreten, da von der somatoformen Schmerzstörung überlagert, müsse eine Anpassungsstörung festgehalten werden, da die Explorandin initial grosse Schwierigkeiten gehabt habe, mit ihren damals neu aufgetretenen Schmerzen umzugehen. Dieser Anpassungsstörung seien gewisse Konzentrationsstörungen und eine verminderte emotionale Belastbarkeit zuzuordnen. Im Weiteren falle bei der Explorandin ein labiles psychisches Gleichgewicht auf, sie weine schnell und wirke in den Beschreibungen dramatisierend. Dies sei im Rahmen der dissoziativen Störung einzuordnen. Die Einschränkungen der Explorandin aus psychiatrischer Sicht beeinflussten sich gegenseitig

ungünstig und hätten einen erheblichen Krankheitswert angenommen. Bei der Explorandin bestehe eine verminderte Belastbarkeit und ein erhöhter Erholungsbedarf. Ein 50%iges Pensum sei ihr allerdings aus psychiatrischer Sicht nach wie vor zumutbar. Im Weiteren führten die D. \_\_\_ -Gutachter aus, in der Konsensbesprechung präsentiere sich eine Explorandin mit einer subjektiv massiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und einem ausgeprägten aggraviorischen Verhalten in den Untersuchungssituationen. Dieses Verhalten müsse jedoch nicht speziell gedeutet werden, da dies der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung inhärent sei. Aufgrund der objektivierbaren Befunde aus somatischer und psychiatrischer Sicht erachte man eine körperlich leichte und adaptierte Tätigkeit zu mindestens 50 % weiterhin als zumutbar. Damit sei auch die abschliessende Einschätzung hinsichtlich der diskutierten Einschränkung aus neurologischer Sicht, welche aufgrund der massiven Überlagerung schwierig vorzunehmen sei, abgeschlossen. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbsteinschätzung der Explorandin und der von den Experten geäusserten medizinisch-theoretisch zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Diese Diskrepanz könne nur bis zum Ausmass der 50%igen Einschränkung aus medizinischer Sicht erklärt werden. Die restliche Differenz müsse wohl mit IV-fremden Gründen erklärt werden, wie den sprachlichen, schulischen und beruflichen Voraussetzungen sowie mit der psychosozialen Situation und auch dem sekundären Krankheitsgewinn. Dr. med. H. \_\_\_ attestiere eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Dabei stehe nicht die Zumutbarkeit für eine adaptierte Tätigkeit im Vordergrund. Gutachterlicherseits werde im angestammten Bereich ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Der verschlechternde Zustand, welcher vom Hausarzt festgestellt worden sei, müsse im Rahmen der psychiatrischen Situation gesehen werden. Auch ansonsten stelle sich keine relevante Diskrepanz zwischen früheren ärztlichen Einschätzungen ein, insbesondere da mittlerweile eine Stabilisierung auf das aktuelle Niveau eingetreten sei. Eine erneute Hospitalisation in der L. \_\_\_ wäre zu empfehlen, um mit der Explorandin ihre zumutbaren Möglichkeiten ausloten zu können. Sie müsse noch besser lernen, mit den Beschwerden umzugehen, und als letzten Versuch eine Wiederintegration anzustreben. Die Prognose sei realistischerweise, insbesondere aus psychiatrischer Sicht, ungünstig. Dies beruhe vor allem auf der geringen Introspektionsfähigkeit der Explorandin, weshalb auch keine psychotherapeutischen Massnahmen durchführbar seien. Aufgrund der Selbsteinschätzung der Explorandin könnten keine konkreten beruflichen Massnahmen vorgeschlagen werden. Zusammenfassend wurde festgehalten, bei der Explorandin bestehe seit dem 20. Januar 2001 in der angestammten Tätigkeit keine zumutbare Arbeitsfähigkeit mehr. Körperlich leichte und adaptierte Tätigkeiten seien ihr nach wie vor zu mindestens 50 % zumutbar. Medizinische Massnahmen könnten der Stabilisierung der Situation dienen, auch zur Evaluation, ob es möglich sei, in Richtung berufliche Massnahmen weiter vorzugehen. Gegebenenfalls müssten diese reevaluiert werden (IV-Nr. 27). 6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt: 6.1 Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt Rheumatologie FMH, hielt in seinem Bericht an den Hausarzt vom 17. September 2013 folgende Diagnosen fest: «1. Posttraumatische Schmerzen im Handgelenk links im Bereiche vom Os lunatum mit/bei anamnestisch, Status nach Sturz im Juli 2013 mit Restbeschwerden in Form von Schmerzen im Bereiche vom Os lunatum bei Handgelenkextension mit Druck auf die Handfläche; 2. Myofascialschmerzsyndrom der Nackenmuskulatur mit/bei klinisch, keine relevante Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) und keine Hinweise für Zervicobrachialsyndrom bei der

Untersuchung vom 13.09.2013; 3. Chronisches Lumbospondylogensyndrom mit/bei anamnestisch, lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung über das Gesäss links bis zur Fusssohle, klinisch, ohne Hinweis für ein radikuläres Syndrom bei der Untersuchung vom 13.09.2013; 4. Adipositas Grad I (Body-Mass-Index 30 kg/m<sup>2</sup> mit Stammadipositas); 5. Starke Vitamin-D-Insuffizienz mit/bei 27 nmol/l am 22.08.2013; 6. Chronischer Nikotinabusus (aktuell 30 py); 7. Parodontose und Karies». Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» führte der Rheumatologe aus, beim Handgelenk links handle es sich um posttraumatische Schmerzen im Bereich des Os lunatum. Es werde eine Kontrolle bei der Orthopädischen Chirurgie im E.\_\_\_\_ am 18. September 2013 geplant, sodass er keine weiteren Abklärungen mehr geplant habe. Bei den Schmerzen am Ellbogen links handle es sich um eine Epikondylose humeri radialis links. Je nach Befund am Handgelenk werde die Physiotherapie mit einer solchen für die Epikondylose humeri radialis ergänzt. Bei den Nackenschmerzen handle es sich um ein Myofascialschmerzsyndrom ohne relevante Funktionseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS). Aus therapeutischer Sicht sei eine Physiotherapie verordnet worden. Die lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in die linke untere Extremität links habe man bei der Untersuchung vom 13. September 2013 nicht durch eine objektive Einschränkung der Funktion der Lendenwirbelsäule (LWS) oder der Hüften bestätigen können. Es handle sich somit um ein chronisches Lumbospondylogensyndrom ohne Hinweise für ein radikuläres Syndrom. Aus therapeutischer Sicht sei der Patientin Physiotherapie verordnet worden. Eine Vitamin-D-Supplementation sei dauernd indiziert und ab dem 13. September 2013 eingeführt worden (IV-Nr. 63 S. 4 ff.).

6.2 Der langjährige Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_ gab in seinem Bericht vom 26. September 2013 an, der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär. Seit seinem letzten Bericht bestehe ein unveränderter, chronifizierter Gesundheitszustand. Alle bisher durchgeführten therapeutischen Beschwerden hätten keine Verbesserung der geklagten Beschwerden gezeigt. Die Patientin gebe bewegungs-, belastungs- und positionsabhängige panvertebrale zervikal/lumbal betonte Schmerzen mit nicht radikulärer Ausstrahlung in Arme und Beine an. Seit Jahren bestehe eine Grundstimmung mit sozialem Rückzug, fehlender Perspektive/Motivation, Interesselosigkeit sowie schwierigen psychosozialen, familiären Problemen etc.. Es bestehe eine Schmerzintensivierung. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine andere, der Patientin zuzumutende Tätigkeit sei nicht bekannt. Eine Verweistätigkeit sei aufgrund des bisherigen therapieresistenten und chronifizierten Verlaufs nicht zuzumuten (IV-Nr. 63 S. 1 ff.).

6.3 Laut dem Austrittsbericht des N.\_\_\_\_ vom 13. April 2014 wurde die Beschwerdeführerin am 12. April 2014 Opfer eines tätlichen Übergriffes im Rahmen eines Überfalles. Ihr Ehemann sei stationär aufgenommen worden. Die Beschwerdeführerin sei zu Boden geworfen worden, wobei sie sich den Kopf gestossen habe. Der unbekannte Täter sei ihr auf die Hände getreten. Sie habe Schmerzen weiterhin an der rechten und auch an der linken Hand, am Hinterkopf, an der Hüfte links sowie an der Schulter links. Der Traumacheck am ganzen Körper habe Folgendes ergeben: Am Hinterkopf bestehe eine kleine palpable Prellmarke, ansonsten sei der Kopf neurologisch unauffällig. Die HWS sei frei, beim Thorax bestehe eine Druckdolenz an der linken Schulter ohne Prellmarke oder Hämatom. An der Hüfte links sei ein Hämatom feststellbar. An den Händen seien beidseits Kontusionsmarken vorhanden und rechts bestehe eine Schwellung. Die Verletzungen seien vereinbar mit der Anamnese (IV-Nr. 85 S. 5).

6.4 Aus dem polydisziplinären Gutachten des G.\_\_\_\_ vom 17. November 2014 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin dort am 16. September 2014 internistisch (Dr. med. O.\_\_\_\_, FMH für Allgemeine Innere Medizin),

am 18. September 2014 orthopädisch (Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie), am 30. September 2014 neurologisch (Dr. med. Q.\_\_\_\_, FMH für Neurologie) und am 9. Oktober 2014 psychiatrisch (Dr. med. R.\_\_\_\_, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Chronisches cervicovertebrales und intermittierendes lumbospondylogenes Syndrom, cervical wie lumbal myofaszial betonte Schmerzen, Insuffizienz des Rumpfes, chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz, Zustand nach Verkehrsunfall vom 22.12.2000 mit craniocervicalem Beschleunigungstrauma ohne cerebrale Beteiligung, Zustand nach Polytrauma vom 29.05.2004 mit Commotio cerebri, multiplen Kontusionen an Hals, Oberarmen, Oberschenkeln und Thorax, unspezifischer posttraumatischer Kopfschmerz, kein cervicoradikuläres und kein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom, muskuläre Dysbalance, V.a. Carpaltunnelsyndrom, kein elektroneurographischer Nachweis». Die weiteren Diagnosen («2. St.n. distaler Radiusfraktur rechts Typ Barton [März 2005] und St.n. Kontusion linkes Handgelenk [Juli 2013]; 3. Klinisch beidseitiges Carpaltunnel-Syndrom [siehe neurologisches Teilgutachten]; 4. Enthesopathien der oberen Extremitäten; 5. Tendoperiostose am Trochanter major, linke Hüfte mehr als rechts; 6. Patellachondropathie, links mehr als rechts; 7. Beidseitiger Hallux valgus mit klinisch beginnender Arthrose; 8. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.4]; 9. Akzentuierte Persönlichkeitszüge möglich [ICD-10 Z73.1]) haben nach den fachärztlichen Angaben keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Unter dem Titel «Zusammenfassung und Beurteilung» wurde ausgeführt, nach der spezialärztlichen Beurteilung des orthopädischen Chirurgen Dr. med. P.\_\_\_\_ seien – im Einvernehmen mit dem D.\_\_\_\_ -Gutachten aus dem Jahr 2003 – der Explorandin seit dem Jahr 2001 aufgrund der lumbospondylogenen und cervicovertebralen Schmerzen schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zuzumuten. Sie könne keine Lasten, die mehr als 10 kg schwer seien, heben und keine Arbeiten ausführen, die mit häufigem Bücken einhergingen. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus rein orthopädischer Sicht der Explorandin vollschichtig möglich. Ab wann diese Beurteilung ihre Gültigkeit habe, lasse sich aus den Akten datumsmässig nur schätzungsweise eruieren. Bei relativ normalem neurologischem Befund habe der Neurologe im D.\_\_\_\_ -Gutachten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bis zu 30 % attestiert. Diese Einschätzung habe sich geändert; seit dem D.\_\_\_\_ -Gutachten sei, wie damals vom Neurologen bereits vorausgesagt, eine weitere Besserung der Beschwerden eingetreten. Nur vorübergehend sei es nach den beiden Handgelenksverletzungen zu Einschränkungen der adaptierten Arbeitsfähigkeit bis zur Abheilung der Verletzungen gekommen. Die gegenwärtig postulierte volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestehe ab September 2013, nämlich 6 Wochen nach der letzten Handgelenksverletzung vom Juli 2013. Zur neurologischen Evaluation (Dr. med. Q.\_\_\_\_) sei festzuhalten, dass im polydisziplinären Gutachten des ABI vom 23. Mai 2003 ausgeführt worden sei, körperlich leichte, wechselbelastende Arbeiten, ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 5 kg bis 10 kg, ohne Überkopftätigkeiten und arbeitsmässig relevanter Belastung des Schultergürtels und Torsionsbelastung der Wirbelsäule seien zumutbar, im Sinne einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten. Der beurteilende Neurologe sei damals davon ausgegangen, dass in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bis 100 % zumutbar sei. Die angestammte Tätigkeit als Gebäudereinigerin sei aufgrund des Panvertebralsyndroms nicht mehr zumutbar. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde sei die frühere Beurteilung im

Wesentlichen zu bestätigen; Arbeiten mit schwerer und häufig mittelschwerer körperlicher Belastung seien aufgrund des chronischen vertebrogenen Schmerzsyndroms ungeeignet, also nicht zumutbar. Körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Arbeiten seien aus heutiger neurologischer Sicht jedoch vollumfänglich zumutbar. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt verrichteten Tätigkeit als Gebäudereinigerin sei zu berücksichtigen, dass das Belastungsprofil in dieser Tätigkeit je nach Arbeitsplatz erheblichen Schwankungen unterliegen könne. Aus diesem Grund könne die Arbeitsfähigkeit in dieser Tätigkeit nicht generell beurteilt werden, sondern lediglich nach den obgenannten Gesichtspunkten und Einschränkungen im Belastungsprofil. Eine substanzielle Leistungseinschränkung in angepasster Tätigkeit könne aus heutiger Sicht aufgrund der überwiegend funktionellen und psychischen Beschwerdeüberlagerung nicht mit somatisch-neurologischen Faktoren begründet werden. Neurologisch könne eine beschwerdebedingte Leistungseinschränkung von 10 % eingeräumt werden. Bezüglich einer allenfalls darüber hinausgehenden Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit sei auf das psychiatrische Teilgutachten zu verweisen. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der spezialärztlichen Beurteilung von Dr. med. R.\_\_\_\_ festzuhalten, dass die Explorandin aufgrund der Schmerzstörung allenfalls bei körperlich belastenden Tätigkeiten eingeschränkt sei, wobei sie ohnehin nie eine derartige Tätigkeit ausgeübt habe. Es sollte ihr eine leichte bis mittelschwere einfach strukturierte Tätigkeit in vollem Umfang möglich sein. Ebenfalls sollte ihr eine Haushaltstätigkeit in vollem Umfang möglich sein. Seit wann eine Besserung aus psychischer Sicht angenommen werden könne, sei unklar, da keine psychiatrisch relevanten Unterlagen zur Verfügung stünden. In den letzten Jahren sei die Explorandin in keiner psychiatrischen Behandlung gestanden, erst nach dem Überfall habe sie seit Juni 2014 eine ambulante psychiatrische Therapie aufgenommen, die in lockeren Abständen durchgeführt werde. Gesamtmedizinisch sei festzuhalten, dass es zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation gekommen sei. Sicherlich ab Gutachten könne der Explorandin aus psychiatrischer Sicht in einer den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit keine Einschränkung mehr attestiert werden. Schwere und mittelschwere Tätigkeiten seien nach wie vor ungeeignet und somit nicht zumutbar. Somit ergebe sich, dass der Explorandin sicherlich ab Gutachten leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten vollschichtig zumutbar seien mit einer Leistungseinschränkung von 10 %. Diese Einschätzung sei durch alle involvierten Ärzte gemeinsam erfolgt. Physiotherapien mit Stabilisierungsübungen des Rumpfes seien indiziert. In Anbetracht der negativen Einstellung zu den zuletzt durchgeführten Physiotherapien vor einem Jahr sei von einer erneuten Verordnung nicht viel zu erwarten. Bedingt durch die psychischen Überlagerungen sei die Prognose ungünstig. Wegen der Carpal-tunnelsymptomatik biete sich zur Nacht eine entsprechende Schienenversorgung an. Die Dekompression des Nervus medianus hänge vom neurologischen Befund ab. Es handle sich um einen chronifizierten und verfestigten Beschwerdeverlauf seit nunmehr bald 14 Jahren. Der bisherige Verlauf sei vollkommen therapierefraktär gewesen. Von weiteren Behandlungsmassnahmen könne eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes nicht erwartet werden, wenngleich eine schrittweise aufgebaute muskuläre Trainingstherapie zur Rekonditionierung befürwortet werden könne, um eine zukünftige Stabilisierung zu gewährleisten bzw. eine Zustandsverschlechterung zu vermeiden. Die Explorandin habe aktuell neu eine psychiatrische Therapie aufgenommen, welche etwa einmal wöchentlich durchgeführt werde. Die Serumkontrolle habe ergeben, dass sie die Medikation offenbar nicht befolge. Eine gravierende psychische Problematik könne heute nicht vorgefunden

werden, weswegen im Prinzip psychiatrische Massnahmen nicht unbedingt indiziert seien. Die Exploration fühle sich durch die psychosoziale Situation belastet, insbesondere auch wegen der ungewissen Situation mit dem Ehemann. Unter den gegebenen Umständen könnten allenfalls gesprächstherapeutische Massnahmen eine gewisse Beruhigung erzielen. Die Explorandin fühle sich nicht in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Berufliche Massnahmen seien aufgrund der Krankheitsüberzeugung der Explorandin nicht umsetzbar (IV-Nr. 80.1).

6.5 Dr. med. S.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, stellte in ihrem Bericht zu Händen des Hausarztes vom 22. Januar 2015 (Untersuchung vom 19. Januar 2015) folgende Diagnosen: «1. Myofaszielles Schmerzsyndrom des Schultergürtels bei ausgesprochener Fehlhaltung der Wirbelsäule;  
2. Hypermobilitätssyndrom mit generalisierten weichteilrheumatischen Schmerzen;  
3. Lumbospondylogene Schmerzen bei Fehlhaltung der Wirbelsäule und Chondrose und Spondylose L5/S1». Die Rheumatologin führte aus, die Patientin gebe an, sie habe Schmerzen im Nacken und im Rücken, aber auch in den Armen und in den Beinen, eigentlich von Kopf bis Fuss. Am schlimmsten seien die Beschwerden in der Nacht, der Körper sei oft wie taub. Sie schlafe sehr schlecht. Im vergangenen Jahr seien offenbar Physiotherapien durchgeführt worden; diese hätten aber nach den Angaben der Patientin nur wenig geholfen. Was ihr am besten helfe, seien ein warmes Bad oder Wärmepackungen. Die Schmerzen im Schultergürtel und im Nacken seien chronifiziert und seit einem Auto-Unfall mit Distorsion der HWS seit Jahren persistierend. Neu seien nun zusätzlich verstärkte Schmerzen in den Armen vorhanden. Die Patientin sage, sie habe keine Kraft, eine Flasche zu öffnen; am schlimmsten seien die Schmerzen an den Ellbogen. Bei der Untersuchung falle eine ausgesprochene Fehlhaltung der Wirbelsäule mit Ventralverlagerung des Lots auf. Die Patientin stehe mit nach vorn gebeugtem Oberkörper, und es bestehe eine erhebliche Hyperkyphosierung der BWS mit einer Kopfprotraktion. Die Fehlhaltung könne zum Teil korrigiert, aber in der korrigierten Position nicht gehalten werden. Die Halswirbelsäulenbeweglichkeit und die Beweglichkeit der BWS seien normal; die Flexion in der LWS sei zu einem Drittel eingeschränkt. Auffallend seien überlaxe Bänder mit Überstreckbarkeit von Ellbogen und Kniegelenken beidseits. Zudem finde sich ein muskulärer Hartspann im Bereich der dorsalen Schultergürtelmuskulatur. Die Abdominal- und Rückenmuskulatur sei sehr schwach. Die Wirbelsäule könne schlecht stabilisiert werden. Man finde zudem Tender Points über dem Trapezius beidseits, über den Trochanteren beidseits, an den Ellbogen und an den medialen Kniegelenksfettpolstern. In Anbetracht der eingeschränkten Beweglichkeit in der LWS und den Beschwerden sei ein Röntgenbild angefertigt worden. Dieses zeige eine Chondrose und Spondylose im Segment L5/S1, in den darüber liegenden Niveaus seien höchstens diskrete Chondrosen vorhanden. Die Sakroiliakgelenke seien unauffällig. Es liege also ein myofaszielles Schmerzsyndrom des Schultergürtels vor bzw. eine zervikospondylogene Symptomatik, die schon seit vielen Jahren persistiere. Dazu gekommen seien lumbospondylogene Schmerzen bei degenerativen Veränderungen in der unteren LWS. Ganz im Vordergrund stünden aber die Fehlhaltung der Wirbelsäule und die völlig ungenügende muskuläre Stabilisierung, die sich natürlich umso ungünstiger auswirke, als bei der Patientin auch noch eine Bandlaxizität mit Hypermobilität der Gelenke vorliege. Es gelte somit in erster Linie, die Muskulatur zu kräftigen. Da die bisher durchgeführten Physiotherapien keinen Effekt gezeigt hätten und vor allem eine aktive, rückenkräftigende Behandlung angezeigt sei, sei darauf verzichtet worden, der Patientin erneut Physiotherapien zu verordnen. Es seien einfache Übungen zur Kräftigung der Abdominal- und der Rückenmuskulatur gezeigt worden. Es sei zu hoffen,

dass die Patientin diese Übungen ausführen werde (IV-Nr. 86 S. 4 f.). 6.6 In ihrem Bericht zu Händen des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 6. Februar 2015 hielt Dr. med. S.\_\_\_\_ fest, in der angestammten Tätigkeit als Gebäudereinigerin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für leichte Verweistätigkeiten wäre die Patientin medizinisch theoretisch aus rheumatologischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig. Durch rezidivierende Rückenschmerzen im Rahmen degenerativer Veränderungen der unteren Wirbelsäule sowie rezidivierenden Schmerzen im Schultergürtel und zum Teil in den Extremitäten im Rahmen eines Hypermobilitätssyndroms seien der Patientin nur sehr leichte, nicht körperlich belastende Tätigkeiten zuzumuten, mit Vorteil also Kontrollfunktionen oder Aufgaben, bei denen sie sich zwar bewegen, aber keine Lasten heben, stossen oder verschieben müsse. Infolge der Schmerzen bei länger dauernden Bewegungen sei auch keine ganztägige Leistung möglich. Die Patientin benötige Erholungszeit. Die 50%ige Restarbeitsfähigkeit für leichte Verweistätigkeiten beziehe sich auf den bestmöglichen Zustand, also wenn die Patientin ihre Muskulatur etwas aufgebaut habe. Zum aktuellen Zeitpunkt scheine sie nicht einmal für eine solche eingeschränkte Verweistätigkeit einsatzfähig. Der Zeitrahmen bis zum Erreichen einer etwas verbesserten Belastbarkeit dürfte bei drei bis sechs Monaten liegen, sofern eine regelmässige kräftigende Bewegungstherapie durchgeführt werde (IV-Nr. 86 S. 3 f.). 6.7 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 6. Februar 2015 folgende Diagnosen fest: «Posttraumatische Belastungsstörung, DD reaktivierte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), St.n. Autounfall mit HWS Distorsionstrauma 2000, St.n. Polytrauma mit Comotio cerebri und multiplen Kontusionen 2004». Für die weitere somatische Diagnostik mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei auf die Angaben des zuweisenden Hausarztes zu verweisen. Die ebenfalls diagnostizierte «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» hat nach den Angaben des behandelnden Psychiaters keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren gab der behandelnde Psychiater an, der Gesundheitszustand der Patientin verschlechtere sich. Die Behandlung bestehe seit dem 13. August 2014 bis auf weiteres. Die Patientin gebe Erinnerungen an den Überfall vom April 2014 an. Die Träume vom Überfall seien verbunden mit Todesangst und wiederholtem schreckhaftem Aufwachen trotz Schlaftabletten. Am Morgen sei sie erschöpft und könne häufig erst dann etwas länger schlafen. Sie habe Angst, in der Wohnung oder auf der Strasse überfallen zu werden. Bedingt durch die Angst und das Gefühl der Bedrohung gehe sie wenig aus der Wohnung hinaus, sie ziehe sich zurück. Sie meide alles, was für sie unangenehm werden könnte. Sie könne es in Gesellschaft nicht lange aushalten, fühle sich psychisch wenig belastbar, sei schnell gereizt und bereit zu streiten. Sie habe häufig Kopfweh, Schmerzen im Hals, Rücken und an den Extremitäten. Die Beschwerden seien seit Jahren vorhanden, seit einem Autounfall im Jahr 2000. In der Folge habe es auch andere Verletzungen gegeben, auch eine Gehirnerschütterung im Jahr 2004. Der Überfall im April 2014 habe ihren ohnehin schlechten Gesundheitszustand verschlimmert. Zum Psychostatus wurde angegeben, es handle sich um eine bewusstseinsklare, allseits orientierte Patientin, welche psychomotorisch leicht unruhig sei. Die Stimmung sei gedrückt, inhaltlich sei sie auf den Überfall vom April 2014 und damit verbundene Beschwerden (Flashbacks, Intrusionen, gestörter Schlaf, Arousal, schwere Träume, diverse Ängste) fokussiert. Im Gespräch sei sie häufig weinerlich jammernd. Des Weiteren klage sie über diverse Schmerzen im Kopf und im Bewegungsapparat, Leistungsschwäche, schnelle Ermüdbarkeit und sozialen Rückzug.

Kognitive Funktionen seien – grob klinisch untersucht – unauffällig. Es bestünden subjektive Angaben über Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Die Patientin habe Gedanken des Lebensüberdrusses, es bestehe aber keine Suizidalität im engeren Sinne. Es bestehe keine Fremdgefährdung. Aufgrund der langen Vorgeschichte mit seit Jahren anhaltenden chronischen Beschwerden könne keine günstige Prognose erwartet werden. Der Überfall vom 14. April 2014 und die daraus resultierende posttraumatische Belastungsstörung hätten zu einer weiteren Zustandsverschlechterung geführt und wirkten sich zusätzlich ungünstig auf die Langzeitprognose aus (IV-Nr. 88). 6.8 RAD-Ärztin Dr. med. U.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2015 fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert. Seit dem ABI-Gutachten aus dem Jahr 2003 habe sich der neurologische Befund gebessert. Im Rahmen der aktuellen fachneurologischen Untersuchung durch Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 30. September 2014 habe man bis auf ausgedehnte leichte bis vereinzelt mässige Tendomyosen keine pathologischen Befunde finden können, insbesondere habe neurologisch weder ein cervicoradikuläres noch ein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom festgestellt werden können. Die beschriebenen Tendomyosen seien im Rahmen einer muskulären Dysbalance einzuordnen. Auch ein Carpaltunnelsyndrom habe aufgrund der aktuellen elektroneurographischen Befunde nicht bestätigt werden können. Im Vordergrund des Schmerzgeschehens stehe eine funktionelle Überlagerung mit Schmerzfehlverarbeitung. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens (17. November 2014) vermöge die Beschwerdeführerin eine leichte bis mittelschwere, einfach strukturierte Tätigkeit vollschichtig auszuüben, mit einer Leistungseinschränkung von 10 %. Ein ausgeprägter Schwindel wäre bei der neurologischen Untersuchung aufgefallen. Eine invalidisierende Kopfschmerzproblematik habe nicht eruiert werden können. Die Beschwerdeführerin habe sodann behauptet, am Untersuchungstermin auf ihre Medikamente wegen der durch sie ausgelösten Müdigkeit verzichtet zu haben. Die vom G.\_\_\_\_ durchgeführte Labormessung der als Dauermedikation verschriebenen Psychopharmaka (Truxal und Mirtazapin) sei unter der Nachweisgrenze gelegen. Bei einer langen Halbwertszeit von 15 Std. bei Truxal und von 20 bis 40 Std. bei Mirtazapin wären bei einer korrekten Medikamenteneinnahme an den Vortagen des Untersuchungstermins die Psychopharmaka am Tag der Entnahme zwar vermindert, aber noch sicher nachweisbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe die genannten Medikamente also seit längerer Zeit nicht genommen (IV-Nr. 89 S. 3 f.). 6.9 In ihrer Stellungnahme vom 29. Mai 2015 hielt Dr. med. U.\_\_\_\_ zu den Einwänden der Beschwerdeführerin im Wesentlichen fest, es sei zu bemerken, dass eine Fehllagerung der Wirbelsäule auch absichtlich vorgeführt werden könne. Im orthopädischen Gutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 18. September 2014 sei die von der Rheumatologin Dr. med. S.\_\_\_\_ diagnostizierte muskuläre Insuffizienz der Rumpfmuskulatur in der Diagnoseliste erwähnt worden, ebenso wie das intermittierend auftretende lumbospondylogene Syndrom. Eine Fehllagerung der Wirbelsäule sei von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht beschrieben worden (achsengerechter Aufbau). Dies bedeute, dass sich seit dem G.\_\_\_\_ -Gutachten keine Verschlechterung der Beschwerdeproblematik im Wirbelsäulenbereich ergeben habe. Dass die von Dr. med. P.\_\_\_\_ im Rahmen seines Gutachtens befundeten Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule (LWS) von 2008 noch keine Osteochondrosen der unteren LWS aufwiesen, habe zunächst nichts zu sagen. Jedenfalls sei von Dr. med. Q.\_\_\_\_ im Rahmen des neurologischen Gutachtens vom 30. September 2014 kein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallsyndrom diagnostiziert worden (IV-Nr. 97). 6.10 Die G.\_\_\_\_ -Gutachter Dres. med. O.\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_ hielten in ihrer Stellungnahme zu

Handen der Beschwerdeführerin vom 24. Juni 2015 fest, den Vorwürfen des Rechtsvertreters könne entgegnet werden, dass das Fachgutachten offensichtlich nicht genügend sorgfältig gelesen worden sei. Sonst wäre aufgefallen, dass mit der Explorandin eine Anamnese erhoben worden sei und die Explorandin weitgehend problemlos in der Lage gewesen sei, sich in der deutschen Sprache zu verständigen; eine Übersetzung habe kaum stattgefunden und es sei so auch kein zusätzlicher Zeitaufwand entstanden. Die Explorandin sei auch zum Überfall vom 14. April 2014 eingehend befragt und auf die entsprechenden Symptome untersucht worden. Dr. med. T.\_\_\_\_ gebe im Arztbericht eine posttraumatische Belastungsstörung (DD: Reaktivierte posttraumatische Belastungsstörung [ICD-10 F43.1]) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit neben körperlichen Problemen an. Im Weiteren attestiere er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine Behandlung sei am 13. August 2014 aufgenommen worden. Es werde dargelegt, zu Behandlungsbeginn und im weiteren bisherigen Behandlungsverlauf würden ausgeprägte Beschwerden entsprechend dem Beschwerdebild einer posttraumatischen Belastungsstörung im Vordergrund stehen. Diese Beschwerden seien allerdings nicht näher dargelegt worden. Es werde u.a. auch erwähnt, dass die Explorandin nach einer Hospitalisation im Jahr 2004 Frau V.\_\_\_\_ in [...] aufgesucht habe, weil sie sich damals ähnlich gefühlt habe wie nach dem Überfall im April 2014. Es entstehe aufgrund der Anamnese der Eindruck, dass die Explorandin schon im Jahr 2004 eine posttraumatische Störung entwickelt habe. Diesbezüglich könne entgegnet werden, dass die Explorandin bei der Untersuchung nach dem Vorfall vom April 2014 auch nach allfälligen Symptomen befragt worden sei, die im Zusammenhang mit dieser Störung interpretiert werden könnten. Es sei zu bedenken, dass die Explorandin bei diesem Überfall, der im Übrigen auf ihren Ehemann erfolgt sei, sich zusammen mit ihrem Mann gegen diesen Angreifer zur Wehr gesetzt habe und ihn sogar geschlagen habe. Es hätten keine eindeutigen Symptome gefunden werden können, die man im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung hätte interpretieren können. Insbesondere würden keine flashbackartigen Zustände auftreten. Natürlich erinnere sich die Explorandin an diesen Überfall, was aber nicht mit einem Flash-back verwechselt werden dürfe. Es würden keine Alpträume beschrieben. Man finde keine Hinweise auf Vermeidungsverhalten. Der Explorandin gelinge es gut, über den damaligen Vorfall zu sprechen. Es zeigten sich diesbezüglich auch keine vegetativen Symptome. Dr. med. T.\_\_\_\_ könne zudem nicht nachvollziehbar darlegen, dass tatsächlich eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe. Im Weiteren sei Dr. med. T.\_\_\_\_ zu kritisieren, wenn er angebe, dass rein aufgrund einer Anamnese in der Vergangenheit eine posttraumatische Belastungsstörung bestanden habe. Entscheidend für eine derartige Diagnose seien immer noch die Symptome und nicht die Anamnese. Es handle sich daher um eine reine Vermutung seinerseits. Die Explorandin sei auch zur ambulanten Behandlung bei Frau V.\_\_\_\_ befragt worden. Diese damalige Behandlung habe gemäss ihren Angaben nicht im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung stattgefunden, jedoch im Rahmen von Beziehungsproblemen, die sich mittlerweile gelegt hätten. Nach ihren Schilderungen habe damals auch nicht eine sehr intensive Therapie durchgeführt werden müssen. Im Weiteren sei festzustellen, dass auch aktuell keine intensive Therapie durchgeführt werde. Gemäss den Angaben der Explorandin suche diese Dr. med. T.\_\_\_\_ einmal monatlich auf, eine medikamentöse Therapie führe sie zudem entgegen ihren Versicherungen nicht durch, was darauf hinweise, dass einerseits ihre Aussagen zu relativieren seien und andererseits der subjektiv empfundene Zustand offenbar nicht derart gravierend sei, dass sie die vorgeschlagene Therapie befolgen wolle.

Schliesslich müsse auch festgehalten werden, dass Dr. med. T. \_\_\_ sich nicht zur Arbeitsfähigkeit äussere, er verweise auf die Diagnostik und gebe an, dass die Arbeitsfähigkeit gegebenenfalls abklärungsbedürftig sei. Wie im Gutachten angegeben, könnten sie keine derart gravierenden Diagnosen und Befunde erheben, um damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehen zu können. Diesbezüglich seien keine weiteren Abklärungen nötig (IV-Nr. 101 S. 2 ff.). 6.11 Dr. med. U. \_\_\_ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 7. Juli 2015 schliesslich noch dahingehend, der psychiatrische G. \_\_\_ -Gutachter Dr. med. K. \_\_\_ nehme in seiner nachvollziehbaren Stellungnahme klärend Bezug auf die von ihm ausführlich explorierte psychiatrische Problematik der Explorandin. Was die von ihr geschilderten Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates angehe, welche von der Rheumatologin Dr. med. S. \_\_\_ als Beschwerden im Rahmen eines Hypermobilitätssyndroms diagnostiziert worden seien, so könnten diese nicht so ausgeprägt sein: Die Behandlung der muskulären Dysbalance im Rahmen eines Hypermobilitätssyndroms seien unbedingt physiotherapeutische Massnahmen. Die involvierte Krankenkasse der Beschwerdeführerin habe mitgeteilt, dass während der letzten 3 Jahre keine Physiotherapierechnungen eingereicht worden seien. Dies bedeute, dass physiotherapeutische Massnahmen nicht notwendig gewesen seien (IV-Nr. 103).

## **E. 7**

7.1 Die Beschwerdeführerin lässt beantragen, es seien ihr die bisherigen Leistungen, d.h. die seit 1. Januar 2002 zugesprochene halbe Invalidenrente, weiterhin auszurichten; eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, aus dem G. \_\_\_ -Gutachten gehe unzweifelhaft hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht geändert habe. Insbesondere auch die neurologischen Feststellungen bestätigten den Eindruck, dass es sich hier lediglich um eine andere Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts handle. Im Gutachten werde keine Änderung genannt. Die postulierte Verbesserung ergebe sich ausschliesslich daraus, dass die Arbeitsfähigkeit bei gleichbleibender Diagnosestellung anders festgesetzt werde. Die ursprünglichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien ausdrücklich bestätigt worden. Diese hätten auch zur Berentung der Beschwerdeführerin geführt. Eine Begründung für eine allfällige Verbesserung werde nicht geliefert. Im Weiteren seien auch die Feststellungen der Rheumatologin Dr. med. S. \_\_\_ vom 6. Februar 2015 nicht berücksichtigt worden. Die IV-Stelle habe ihre Abklärungs- und Untersuchungspflicht verletzt. Auch in psychiatrischer Hinsicht sei der medizinische Sachverhalt ungenügend abgeklärt worden. Es sei auf den Bericht von Dr. med. T. \_\_\_ vom 6. Februar 2015 zu verweisen. Erschwerend komme hinzu, dass bei der Beschwerdeführerin im Sommer 2015 zweimal in die Wohnung eingebrochen worden sei. Dadurch habe sich der Gesundheitszustand abermals nachhaltig verschlechtert. Schliesslich sei eine Prüfung der vom Bundesgericht in BGE 141 V 281 vorgegebenen Indikatoren aufgrund des BEGAZ-Gutachtens nicht möglich.

Die Beschwerdegegnerin macht demgegenüber geltend, der Vorwurf, die IV-Stelle habe die Berichte von Dr. med. S. \_\_\_ unberücksichtigt gelassen, treffe nicht zu. Die RAD-Ärztin Dr. med. U. \_\_\_ habe dazu in ihrem Bericht vom 29. Mai 2015 ausführlich Stellung genommen. Im Weiteren ermögliche das G. \_\_\_ -Gutachten ohne weiteres die Durchführung des mit BGE 141 V 281 etablierten strukturierten Beweisverfahrens. Eine erneute

Begutachtung sei nicht erforderlich.

7.2 Das im Rahmen der polydisziplinären G.\_\_\_\_-Begutachtung erfolgte neurologische Teilgutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2014 (IV-Nr. 80.4) beruht auf den vollständigen Vorakten und umfassenden eigenen Untersuchungen, wobei eine professionelle Dolmetscherin hinzugezogen wurde. Auf dieser Grundlage gelangt der Experte zu schlüssigen Ergebnissen, die er nachvollziehbar herleitet und begründet. Das Teilgutachten von Dr. med. Q.\_\_\_\_ wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

Aus dem Teilgutachten lässt sich folgende Aussage zur Arbeitsfähigkeit ableiten: Dr. med. Q.\_\_\_\_ führt aus, zusammenfassend bestehe bei der Beschwerdeführerin ein chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz, welches im Anschluss an den Verkehrsunfall vom 22. Dezember 2000 aufgetreten sei. Bis auf ausgedehnte leichte bis vereinzelt mässige Tendomyosen finde man keine pathologischen Befunde, insbesondere könne neurologisch weder ein cervicoradikuläres noch ein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom festgestellt werden. Die beschriebenen Tendomyosen seien im Rahmen einer muskulären Dysbalance einzuordnen. Auch ein Carpaltunnelsyndrom könne aufgrund der aktuellen elektroneurographischen Befunde nicht bestätigt werden. Im Vordergrund des Schmerzgeschehens stehe eine funktionelle Überlagerung mit Schmerzfehlerverarbeitung und den in den Akten genannten psychiatrischen Diagnosen. Die angestammte Tätigkeit als Gebäudereinigerin sei aufgrund des Panvertebralsyndroms nicht mehr zumutbar. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde sei die frühere Beurteilung im Wesentlichen zu bestätigen; Arbeiten mit schwerer und häufig mittelschwerer körperlicher Belastung seien aufgrund des chronischen vertebrogenen Schmerzsyndroms ungeeignet und daher nicht zumutbar. Körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Arbeiten seien aus aktueller neurologischer Sicht jedoch vollumfänglich zumutbar. Eine substantielle Leistungseinschränkung in angepasster Tätigkeit könne aus heutiger Sicht aufgrund der überwiegend funktionellen und psychischen Beschwerdeüberlagerungen nicht mit somatisch-neurologischen Faktoren begründet werden. Neurologisch könne eine beschwerdebedingte Leistungseinschränkung von 10 % eingeräumt werden (vgl. IV-Nr. 80.1 S. 29 ff. und 80.4 S. 14 ff.). Dieser Beurteilung des neurologischen G.\_\_\_\_-Gutachters ist zu folgen.

7.3 Auch das orthopädische Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 18. September 2014 (IV-Nr. 80.5) wird den Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise gerecht, zumal darauf hingewiesen wird, die Anamnese habe weitgehend auf Deutsch vorgetragen werden können; die anwesende Dolmetscherin habe nur selten Fragen ergänzend übersetzen oder beantworten müssen (IV-Nr. 80.5 S. 5).

Im Rahmen der orthopädischen Beurteilung weist der Experte darauf hin, rückblickend beginne die orthopädische Anamnese mit den Folgen einer Heck-Auffahrkollision vom Dezember 2000. In der Folge sei es ein Jahr nach dem Unfall zu einer Schmerzausweitung mit Schmerzen auch im Lumbalbereich gekommen. Im Frühjahr 2005 habe die Beschwerdeführerin nach einem Sturz (am rechten Handgelenk) eine nicht-dislozierte Radiusfraktur Typ Barton erlitten. Im Jahr 2013 sei es bei einem erneuten Sturz zu einer Kontusion des linken Handgelenks gekommen, wobei keine knöcherner Verletzung habe festgestellt werden können. Insgesamt sei der orthopädische Befund aufgrund der aktuellen Untersuchung weitgehend unauffällig. Der Orthopäde äussert sich zur Arbeitsfähigkeit aus

orthopädischer Sicht dahingehend, im Einvernehmen mit dem D.\_\_\_\_-Gutachten 2003 seien der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2001 aufgrund der lumbospondylogenen und cervicovertebralen Schmerzen schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zuzumuten. Die Beschwerdeführerin könne keine Lasten von mehr als 10 kg heben und keine Arbeit ausführen, die mit häufigem Bücken einhergehe. Dagegen seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus rein orthopädischer Sicht vollschichtig möglich. Bei relativ normalen neurologischen Befunden habe ihr der Neurologe im D.\_\_\_\_-Gutachten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bis zu 30 % attestiert. Diese Einschätzung habe sich geändert; seit dem D.\_\_\_\_-Gutachten sei, wie damals vom Neurologen bereits vorausgesagt, eine weitere Besserung der Beschwerden eingetreten. Nur vorübergehend sei es nach den beiden Handgelenksverletzungen zu Einschränkungen der adaptierten Arbeitsfähigkeit bis zur Abheilung der Verletzungen gekommen. Die gegenwärtig postulierte volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestehe ab September 2013 (IV-Nr. 80.1 S. 19 ff. und 80.5 S. 8 ff.). Auf diese fachärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischer Sicht kann ebenfalls abgestellt werden.

7.4 Beim psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 9. Oktober 2014 (IV-Nr. 80.3) ist zu prüfen, ob die Beweiskraft des Gutachtens mit Blick auf den inzwischen ergangenen BGE 141 V 281 infrage zu stellen ist.

7.4.1 Dr. med. R.\_\_\_\_ stellt keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt er eine «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» und hält «akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)» für möglich. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sog. Pausbonog) zuzuordnen. Die invalidisierende Wirkung derartiger Beschwerdebilder beurteilte sich gemäss der mit BGE 130 V 352 und 131 V 49 formulierten Rechtsprechung nach Massgabe der sogenannten «Förster-Kriterien» (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f.). Dr. med. R.\_\_\_\_ wendet diese Kriterien in seinem Gutachten an (vgl. IV-Nr. 80.1 S. 37 und 80.3 S. 7). Mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

Wie das Bundesgericht mit Hinweis auf BGE 137 V 210 weiter festhält, verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten 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 auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten ■ gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten ■ eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

7.4.2 Die von Dr. med. R. \_\_\_ gestellte Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) wird plausibel begründet. Hinweise auf Ausschlussgründe wie Aggravation ergeben sich aus dem Gutachten nicht. Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» hält der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei alleine mit dem Zug nach [...] gereist, habe die Praxis problemlos gefunden, indem sie sich durchgefragt habe, und sei pünktlich zur Untersuchung erschienen. Zur Untersuchung sei eine Dolmetscherin beigezogen worden, die sie nur sporadisch in Anspruch genommen habe. Die Beschwerdeführerin sei auf die Fragen eingegangen, habe auch oft spontan mit klarer und kräftiger Stimme gesprochen und sei in ihren Schilderungen sehr undifferenziert und pauschalisierend gewesen, weshalb man stets nachfragen müsse. Sie habe einen sehr einfach strukturierten Eindruck hinterlassen und mitgeteilt, dass ihr vor allem der Überfall zu schaffen mache. Sie reagiere zeitweise nervös je nach Situation und habe Angst davor, dass ihr Ehemann ausgewiesen werde und sie dann alleine dastehe. Es sei ihr jedoch problemlos gelungen, entspannt im Stuhl sitzen zu bleiben, wobei sie sich teilweise halbwegs in den Stuhl gelegt habe (IV-Nr. 80.1 S. 35 und 80.3 S. 4 f.). Die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe Schmerzen am Ellbogen sowie am gesamten Unterarm beidseits, rezidivierende Kreuzschmerzen und ziehende Schmerzen ausgehend von der linken Gesässhälfte und sich erstreckend bis zum linken Knie. Auch gegenwärtig seien die Beschwerden auf der (höchsten) Stufe 10 festzusetzen. Nach den fachärztlichen Angaben entspricht dies jedoch nicht dem Leidensdruck. Auf näheres Befragen gibt die Beschwerdeführerin noch an, dass sie auch gelegentliche Nackenbeschwerden habe (vgl. orthopädisches Teil-Gutachten, IV-Nr. 80.1 S. 16 f. und 80.5 S. 4 f.). Der psychiatrische Gutachter hält sodann fest, die Beschwerdeführerin leide weiterhin unter einer eher diffusen Schmerzsymptomatik, die zum grossen Teil aus somatischer Sicht im angegebenen Ausmass nicht nachvollzogen werden könne. Ursächlich dürfte eine psychosoziale Belastungssituation bei der Entwicklung dieser Schmerzsituation eine Rolle spielen. Die Beschwerdeführerin wirke unreif oder dramatisierend. Es sei nachvollziehbar, dass sie vom Überfall im April 2014 immer noch betroffen sei und daran denke, doch lasse sich kein Hinweis auf eine posttraumatische Belastungsstörung oder anderweitige psychische Störungen in relevantem Ausmass finden (IV-Nr. 80.1 S. 37 und 80.3 S. 7).

Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg anbelangt, führt Dr. med. R. \_\_\_ aus, eine konsequente längerfristige psychiatrische Therapie habe die Explorandin nicht durchgeführt, weswegen er keine Angaben zu einem allfällig verfestigten Verlauf oder zu allfälligen Behandlungserfolgen machen könne. Erst nach dem fraglichen Überfall im Jahr 2014 habe die Beschwerdeführerin eine ambulante psychiatrische Therapie aufgenommen, die sie einmal monatlich durchführe. Die Beschwerdeführerin gebe an, antidepressive

Medikamente einzunehmen; nach den Angaben des psychiatrischen Gutachters musste in der Untersuchung jedoch festgestellt werden, dass sie die Medikamente offensichtlich nicht einnimmt (IV-Nr. 80.1 S. 36 und 80.3 S. 6). Zu den Komorbiditäten weist der psychiatrische Gutachter darauf hin, es sei keine wesentliche Komorbidität festzustellen. Die Körperschmerzsymptomatik bestehe schon seit Jahren, subjektiv habe sich diesbezüglich wenig verändert, wobei die Explorandin in den Untersuchungen nicht beeinträchtigt wirke (IV-Nr. 80.1 S. 37 und 80.3 S. 7).

Zum Komplex «Persönlichkeit» lässt sich dem Gutachten entnehmen, das Bewusstsein der Beschwerdeführerin sei klar und deren Orientierung allseits erhalten. Eine Störung der kognitiven Funktionen habe man nicht gefunden. Der Gedankengang sei formal unauffällig gewesen und sie habe auch oft spontan mit klarer und kräftiger Stimme gesprochen. Sie habe einen sehr einfach strukturierten Eindruck hinterlassen. Man habe keine Hinweise auf Zwänge, Wahn und psychotische Phänomene gefunden. Der Affekt sei euthym und freundlich gewesen. Die Beschwerdeführerin reagiere zeitweise nervös je nach Situation, sie habe Angst davor, dass der Ehemann ausgewiesen werde und sie dann alleine dastehe. Die affektive Modulation sei lebhaft vorhanden gewesen, ebenfalls die gestische und mimische Mitbeteiligung. Psychomotorisch sei sie unauffällig gewesen (IV-Nr. 80.1 S. 35 und 80.3 S. 4 f.).

Zum Komplex «sozialer Kontext» führt der psychiatrische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin fühle sich vor allem durch die psychosoziale Situation belastet, insbesondere auch wegen der ungewissen Situation des Ehemannes. Demgegenüber ist jedoch festzustellen, dass die Beschwerdeführerin nach den gutachterlichen Angaben in ein intaktes soziales Netzwerk eingebunden ist. Die Beziehung zum Ehemann wird als gut bezeichnet. Die Beschwerdeführerin lebt mit ihrem Ehemann, ihrem Sohn, ihrer Schwiegertochter und mittlerweile mit dem Grosskind zusammen in einer Wohnung, wobei sie von der Schwiegertochter bei sämtlichen anfallenden Haushaltsarbeiten unterstützt wird. Darüber hinaus bestünden nur sehr wenige soziale Kontakte, sie gehe keinen Interessen nach und schaue allenfalls etwas fern. Es finde sich kein sozialer Rückzug in allen Lebenslagen, die Beschwerdeführerin habe ohnehin eher wenige soziale Kontakte gepflegt; es bestünden immer noch einige wenige soziale Kontakte (IV-Nr. 80.1 S. 36 f. und 80.3 S. 6 f.). Gemäss ihren Angaben reist die Beschwerdeführerin einmal jährlich in ihre Heimat; dort habe sie eine Wohnung. Aktuell sei sie wiederum eine Woche in der Heimat gewesen, sie seien mit dem Auto gefahren, wobei die Fahrt etwa zwischen 16 und 17 Stunden gedauert habe (IV-Nr. 80.1 S. 35 und 80.3 S. 4).

Zur Kategorie «Konsistenz» ist festzuhalten, dass keine Hinweise für Diskrepanzen bestehen. Die Beschwerdeführerin pflegt ausserhalb ihrer Familie nur sehr wenige Kontakte und seit dem Jahr 2002 geht sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Gespräche mit dem aktuell behandelnden Psychiater Dr. med. T.\_\_\_\_ finden seit August 2014 etwa einmal pro Monat statt (vgl. Arztbericht von Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015; IV-Nr. 88). Vor dem Überfall im April 2014 sei sie jahrelang in keiner psychiatrischen Therapie gestanden. Sie nehme pflichtbewusst verschiedene Medikamente (u.a. auch Mirtazapin und Truxal) ein, wobei sie sich nicht erklären könne, weshalb diese Medikamente im Serum nicht nachweisbar seien (IV-Nr. 80.1 S. 32 f. und 80.3 S. 2). Schmerzmittel (Olfen und Dafalgan) nehme sie gelegentlich ein, höchstens dreimal wöchentlich (orthopädisches Teilgutachten, IV-Nr. 80.1 S. 17 und 80.5 S. 5). Aus diesen Angaben kann abgeleitet werden, dass kein erheblicher Leidensdruck zu bestehen scheint.

7.4.3 Mit Blick auf die vorstehend wiedergegebenen Feststellungen und Angaben ist es - in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin - möglich, gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten und die übrigen vorhandenen medizinischen Berichte die massgebenden Indikatoren nachvollziehbar und schlüssig zu beurteilen. Die Störung als solche ist nicht besonders stark ausgeprägt. Dementsprechend fand zu keinem Zeitpunkt eine eigentliche Schmerzbehandlung statt. Auch wird eine regelmässige psychiatrische Behandlung erst seit August 2014 durchgeführt, wobei den Anlass dazu der Überfall von April 2014 bildete. Psychische Komorbiditäten liegen nicht vor, während die somatischen Komorbiditäten einen Teil des Beschwerdebildes erklären. Die Beschwerdeführerin ist in ihrer Familie gut integriert und wird von ihr unterstützt. Ausserdem kann sie einmal pro Jahr eine lange Reise mit dem Auto in ihre Heimat unternehmen. Der behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesene Leidensdruck erscheint demnach als gering. Vor diesem Hintergrund ist eine invalidisierende Wirkung der von Dr. med. R.\_\_\_\_ diagnostizierten psychischen Störung auch nach Massgabe der mit BGE 141 V 281 eingeführten Indikatoren zu verneinen.

7.5 Die übrigen medizinischen Unterlagen geben keinen Anlass, an den Ergebnissen des Administrativgutachtens zu zweifeln. Der orthopädische G.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ stellte im Rahmen seiner Befunderhebung unter Berücksichtigung von auswärtigen Röntgenaufnahmen einen achsengerechten Aufbau der HWS, der BWS sowie der LWS fest. Es bestehe eine einwandfreie Funktion der Schultern, Ellbogen und Handgelenke. Residuen der früheren Handgelenksverletzungen finde man keine. Sodann bestehe eine einwandfreie Funktion der Hüft-, Knie- und Fussgelenke. Grobe neurologische Ausfälle seien nicht vorhanden. Dr. med. P.\_\_\_\_ kam daher zum Schluss, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien aus rein orthopädischer Sicht vollumfänglich zuzumuten (IV-Nr. 80.5 S. 5 ff.). Wie die RAD-Ärztin Dr. med. U.\_\_\_\_ zu Recht darauf hinweist, wird die von der Rheumatologin Dr. med. S.\_\_\_\_ festgestellte muskuläre Insuffizienz der Rumpfmuskulatur von Dr. med. P.\_\_\_\_ ebenfalls diagnostiziert, ebenso das intermittierend auftretende lumbospondylogene Syndrom. Eine Fehlhaltung der Wirbelsäule wurde vom orthopädischen Gutachter jedoch nicht beschrieben (achsengerechter Aufbau). Angesichts der Berichte der behandelnden Rheumatologin vom 22. Januar und 6. Februar 2015 bestehen demnach keine Hinweise, dass sich seit der Begutachtung von Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 18. September 2014 eine Verschlechterung der Beschwerdeproblematik im Wirbelsäulenbereich eingestellt haben könnte.

Der behandelnde Psychiater Dr. med. T.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 6. Februar 2015 (IV-Nr. 88) die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer posttraumatischen Belastungsstörung (DD: reaktivierte posttraumatische Belastungsstörung), wobei keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht wurden. Die von ihm ebenfalls diagnostizierte «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» hat gemäss seinen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die G.\_\_\_\_-Gutachter Dres. med. O.\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_ hielten dazu in ihrer Stellungnahme vom 24. Juni 2015 (IV-Nr. 101 S. 2 ff.) fest, bei der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin hinsichtlich des Überfalls vom April 2014 auch nach allfälligen Symptomen befragt worden. Man habe jedoch keine eindeutigen Symptome feststellen können, die im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung zu interpretieren seien. Insbesondere seien keine flashbackartigen Zustände aufgetreten. Es seien keine Alpträume beschrieben worden und keine Hinweise auf ein Meideverhalten vorhanden. Der

Beschwerdeführerin gelinge es gut, über den damaligen Vorfall zu sprechen. Es zeigten sich diesbezüglich auch keine vegetativen Symptome. Dr. med. T.\_\_\_\_ könne zudem nicht nachvollziehbar darlegen, dass tatsächlich eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe. Im Weiteren sei zu kritisieren, dass der behandelnde Psychiater sich nur aufgrund einer Anamnese dafür ausspreche, dass eine posttraumatische Belastungsstörung schon einmal bestanden habe. Entscheidend für eine derartige Diagnose seien immer noch die Symptome und nicht die Anamnese. Es handle sich daher um eine reine Vermutung seinerseits. Im Weiteren sei festzustellen, dass auch aktuell keine intensive Therapie durchgeführt werde. Gemäss den Angaben der Explorandin suche sie Dr. med. T.\_\_\_\_ einmal monatlich auf, und eine medikamentöse Therapie führe sie zudem entgegen ihren Versicherungen nicht durch. Der subjektiv empfundene Zustand sei offenbar nicht derart gravierend. Den G.\_\_\_\_-Gutachtern ist zuzustimmen, dass die von Dr. med. T.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht zu überzeugen vermag. Sein Bericht vom 6. Februar 2005 vermag den Beweiswert des psychiatrischen G.\_\_\_\_-Gutachtens auch deshalb nicht zu relativieren, weil zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin keine Angaben gemacht werden bzw. die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin als abklärungsbedürftig beurteilt wurde (vgl. IV-Nr. 88).

Es gilt in diesem Zusammenhang zu beachten, dass die Berichte der behandelnden Ärzte nicht denselben Stellenwert beanspruchen können wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. E. II. 4.3 hiervor). Es bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte, dass wichtige Aspekte im Rahmen der G.\_\_\_\_-Begutachtung unerkannt blieben oder nicht gewürdigt wurden. Demnach ist von weiteren medizinischen Abklärungen abzusehen.

7.6. Zusammenfassend kommt dem polydisziplinären G.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. November 2014 volle Beweiskraft zu. Es bestehen keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise sprechen (vgl. E. II. 4.2 hiervor). Demnach kann die Beschwerdeführerin schwere und mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr ausüben. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens sind ihr jedoch leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten mit einer Leistungseinschränkung von 10 % vollumfänglich zuzumuten (IV-Nr. 80.1 S. 40 ff.).

## **E. 8**

8.1 Gestützt auf das G.\_\_\_\_-Gutachten ist von einer Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Während im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Mai 2003 im Rahmen der Konklusion des Gutachtens die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer «Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23)», einer «dissoziativen Störung gemischt (ICD-10 F44.7)», einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» sowie eines «leichten bis mässigen Panvertebralsyndroms (ICD-10 M54.8)» gestellt wurden und eine Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten und adaptierten Tätigkeit von «nach wie vor zu mindestens 50 %» attestiert wurde, können im G.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. November 2014 keine psychiatrischen Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden. Die von den G.\_\_\_\_-Gutachtern diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) schränkt die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr ein. Nach den Angaben im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Mai 2003 bestanden bei der Beschwerdeführerin verschiedene Problemkreise, die den Niederschlag in den Diagnosen einer Anpassungsstörung, einer dissoziativen Störung gemischt und einer Somatisierungsstörung gefunden hatten. Der Anpassungsstörung wurden gewissen Konzentrationsstörungen und eine verminderte emotionale Belastbarkeit zugeordnet. Im Weiteren fiel bei der Beschwerdeführerin ein labiles psychisches Gleichgewicht auf. Die Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht beeinflussten sich gegenseitig und hatten einen erheblichen Krankheitswert angenommen. Aufgrund der verminderten Belastbarkeit sowie des erhöhten Erholungsbedarfs wurde ein Arbeitspensum von 50 % als zumutbar erklärt (vgl. IV-Nr. 27 S. 15 f.). Demgegenüber kommen die G.\_\_\_\_-Gutachter zum Schluss, sicherlich ab dem Zeitpunkt des Gutachtens könne aus psychiatrischer Sicht in einer den körperlichen Leiden adaptierten Tätigkeit keine Einschränkung mehr gemacht werden (IV-Nr. 80.1). Dementsprechend wird die Leistungseinschränkung von 10 % ausschliesslich aus neurologischer Sicht eingeräumt. Somit ist aus psychiatrischer Sicht von einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin auszugehen, was sich in einer verbesserten Arbeitsfähigkeit abbildet (psychiatrischer Gutachter war bei beiden Gutachten Dr. med. K.\_\_\_\_). Hinweise, dass der fragliche Überfall vom 14. April 2014 sowie der angeblich im Sommer 2015 erfolgte zweimalige Einbruch in die Wohnung der Beschwerdeführerin zu einer nachhaltigen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geführt haben könnte, bestehen nicht.

8.2 Im Weiteren hielt der neurologische G.\_\_\_\_-Gutachter fest, zusammenfassend bestehe bei der Beschwerdeführerin ein chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz, welches im Anschluss an den Verkehrsunfall vom 22. Dezember 2000 aufgetreten sei. Bis auf ausgedehnte leichte bis vereinzelt mässige Tendomyosen finde man keine pathologischen Befunde, insbesondere könne neurologisch weder ein cervicoradikuläres noch ein lumboradikuläres Reiz- und Ausfallssyndrom festgestellt werden. Die beschriebenen Tendomyosen seien im Rahmen einer muskulären Dysbalance einzuordnen. Auch ein Carpal tunnel syndrome könne aufgrund der aktuellen elektroneurographischen Befunde nicht bestätigt werden. Zur Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht äusserte sich Dr. med. Q.\_\_\_\_ dahingehend, aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde sei die frühere Beurteilung im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Mai 2003 zu bestätigen; Arbeiten mit schwerer und häufig mittelschwerer körperlicher Belastung seien aufgrund des chronischen vertebrogenen Schmerzsyndroms ungeeignet und somit nicht zumutbar. Körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Arbeiten seien aus aktueller neurologischer Sicht jedoch vollumfänglich zumutbar. Eine substantielle Leistungseinschränkung in angepasster Tätigkeit könne aus heutiger Sicht aufgrund der überwiegend funktionellen und psychischen Beschwerdeüberlagerungen nicht mit somatisch-neurologischen Faktoren begründet werden. Neurologisch könne eine beschwerdebedingte Leistungseinschränkung von 10 % eingeräumt werden (IV-Nr. 80.4 S. 15 f.).

Ferner gab der orthopädische G.\_\_\_\_-Gutachter an, gesamthaft gesehen sei im D.\_\_\_\_-Gutachten vor allem wegen der nicht-orthopädischen Leiden für körperlich leichte und adaptierte Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Aktuell habe man bei

der Beschwerdeführerin vordergründig eine Dekonditionierung des Rumpfes sowie palpatorisch myofasciale Schmerzen der HWS- und LWS-Regionen gefunden, wobei die Wirbelsäule in allen Etagen frei beweglich sei. Objektivierbar seien lediglich die neurologischen Veränderungen an den oberen Extremitäten. Insgesamt sei der orthopädische Befund weitgehend unauffällig. Im Einvernehmen mit dem D.\_\_\_\_-Gutachten seien der Beschwerdeführerin aufgrund der lumbospondylogenen und cervicovertebralen Schmerzen schwere körperliche Arbeiten nicht mehr zuzumuten, da sie keine Lasten von mehr als 10 kg heben und keine Arbeiten mit häufigem Bücken ausüben könne. Dagegen seien der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Tätigkeiten aus rein orthopädischer Sicht vollschichtig zuzumuten. Ab wann diese Beurteilung ihre Gültigkeit habe, lasse sich aus den Akten datumsmässig nur schätzungsweise eruieren. Bei relativ normalen neurologischen Befunden habe der neurologische D.\_\_\_\_-Gutachter eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit bis zu 30 % attestiert. Diese Einschätzung habe sich geändert; seit dem D.\_\_\_\_-Gutachten sei, wie damals vom Neurologen bereits vorausgesagt, eine weitere Besserung der Beschwerden eingetreten. Die gegenwärtig postulierte volle Arbeitsfähigkeit für adaptierte Tätigkeiten bestehe ab September 2013, nämlich 6 Wochen nach der letzten Handgelenksverletzung vom Juli 2013 (IV-Nr. 80.5 S. 8 ff.).

Die oben wiedergegebenen Beurteilungen der neurologischen und orthopädischen Teilgutachter lassen darauf schliessen, dass seit dem D.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Mai 2003 auch aus somatischer Sicht eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten und damit von einer erhöhten Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Aus neurologischer Sicht wird die frühere Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch das ABI nur insoweit bestätigt, als Arbeiten mit schwerer und häufig mittelschwerer körperlicher Belastung aufgrund des chronischen vertebrogenen Schmerzsyndroms ungeeignet und damit nicht mehr zumutbar sind. Für körperlich leichte bis sporadisch mittelschwere Arbeiten wird nun grundsätzlich eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit mit einer beschwerdebedingten Leistungseinschränkung von 10 % attestiert, während der begutachtende Neurologe im D.\_\_\_\_-Gutachten in einer angepassten Tätigkeit mit wechselnd sitzender, stehender Körperhaltung ohne Kopfwangshaltung und ohne arbeitsmässige Belastung des Schultergürtels noch von einer Arbeitsunfähigkeit von bis zu 30 % ausging (IV-Nr. 27 S. 9). Die im früheren Gutachten erwähnte, objektiv fassbare Tonuserhöhung der Muskulatur paravertebral cervical sowie lumbal findet im G.\_\_\_\_-Gutachten keine Erwähnung mehr. Aus orthopädischer Sicht wird für leichte und mittelschwere Tätigkeiten von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, wobei ausdrücklich darauf hingewiesen wird, es sei eine weitere Besserung der Beschwerden eingetreten (IV-Nr. 80.5 S. 10). Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin geht aus dem G.\_\_\_\_-Gutachten nicht hervor, dass sich ihr Gesundheitszustand nicht verändert hat. Eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ist darin zu erblicken, dass sich ihre psychischen und körperlichen Beschwerden in ihrer Intensität und damit bezüglich ihrer Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit für körperliche leichte, adaptierte Tätigkeiten vermindert haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_59/2016 vom 19. Februar 2016 E. 2.1.1). In diesem Sinne äusserte sich auch die RAD-Ärztin Dr. med. U.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 26. Februar 2015, wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bzw. der neurologische Befund seit dem D.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Mai 2003 verbessert habe (IV-Nr. 89 S. 3). Damit liegt ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vor. Es liegt nicht nur eine (hier unbeachtliche) unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich

gebliebenen Sachverhalts vor, wie dies von der Beschwerdeführerin behauptet wird (vgl. E. II. 3a hiervor).

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass sich die Beschwerdegegnerin bzw. die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 29. Mai 2015 (IV-Nr. 97) mit den Berichten von Dr. med. S.\_\_\_\_ vom 22. Januar und 6. Februar 2015 auseinandersetzt und zu der von der behandelnden Rheumatologin diagnostizierten Fehllhaltung der Wirbelsäule Stellung nahm. Sodann wurde der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 6. Februar 2015 den G.\_\_\_\_ -Gutachtern zur Stellungnahme vorgelegt, welche mit Bericht vom 24. Juni 2015 nachvollziehbar erläuterten, weshalb die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht bestätigt werden kann (IV-Nr. 101 S. 2 ff). Der Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin habe sich mit den Feststellungen der behandelnden Rheumatologin nicht auseinandergesetzt, zielt daher ins Leere. Eine Verletzung der Abklärungs- und Untersuchungspflicht durch die Beschwerdegegnerin ist nach dem Gesagten nicht ersichtlich.

## **E. 9**

9.1 Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte beim Einkommensvergleich ein Valideneinkommen von CHF 51'948.00, wobei sie sich wie bereits in der rentenzusprechenden Verfügung vom 5. November 2013 (IV-Nr. 39) auf den Arbeitgeberbericht der damaligen Arbeitgeberin, der B.\_\_\_\_, [...], [...], vom 26. Februar 2002 (IV-Nr. 10) abstützte und das damals ermittelte Valideneinkommen von CHF 45'700.00 pro Jahr der seitherigen Nominallohnentwicklung anpasste. Es besteht kein Hinweis, dass dieses in der vorliegend angefochtenen Verfügung auf das Jahr 2013 aufindexierte Valideneinkommen von CHF 51'948.00 nicht korrekt ermittelt worden wäre. Die Höhe des Valideneinkommens wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Die zusätzliche Aufrechnung bis zum Revisionszeitpunkt im Jahr 2015 kann unterbleiben, da sie bei beiden Vergleichseinkommen vorzunehmen wäre und daher den Invaliditätsgrad höchstens marginal beeinflussen könnte.

9.2 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012. Der Medianwert des standardisierten Monatslohnes der im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen belief sich auf CHF 4'112.00. Nach Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Std. und des Nominallohnindexes resultierte ein Betrag von CHF 51'845.00. Davon ist nun - angesichts der gutachterlich ausgewiesenen Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin - ein Prozentsatz von 90 % (Leistungseinbusse von 10 %) zu berücksichtigen, was zu einem Invalideneinkommen von CHF 46'660.00 führt. Die Festsetzung des Invalideneinkommens erweist sich als korrekt und ist nicht zu beanstanden. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist nicht vorzunehmen. Der Umstand dass die grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige Beschwerdeführerin krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, rechtfertigt praxisgemäss keinen Abzug, der über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinausgeht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2016 vom 3. März 2016 E. 4.3). Andere Aspekte, welche einen solchen Abzug als angezeigt erscheinen liessen, sind nicht ersichtlich. Auch die Höhe des Invalideneinkommens wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten.

9.3 Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von CHF 51'948.00 und des Invalideneinkommens von CHF 46'660.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von (abgerundet) 10 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente mehr begründet. Somit wurde der Rentenanspruch mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 1. Oktober 2015 zu Recht auf Ende November 2015 aufgehoben (vgl. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV). Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 10**

10.1. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 9. Juni 2016; A.S. 47 f.).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 13. Juli 2016 eine Kostennote eingereicht (A.S. 53 ff.). Darin macht er einen Zeitaufwand von 10.20 Stunden sowie Auslagen von CHF 84.00 geltend.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter den folgenden Daten angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 5. November 2015 (Brief an Klientin; 0.17 Std.), 9. Dezember 2015 (Brief an Klientin; 0.17 Std.), 18. April 2016 (Brief an Klientin; 0.17 Std.), 9. Mai 2016 (Brief an Klientin; 0.17 Std.), 10. Juni 2016 (Brief an Klientin; 0.17 Std.) und 4. Juli 2016 (Brief an Klientin; 0.17 Std.). Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 des Gebührentarifs (GT; BGS 615.11) CHF 180.00. Eine Kopie ist sodann mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote unter dem Datum vom 13. Juli 2016 geltend gemacht wird. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 1'873.70 (Honorar von CHF 1'652.40 [9.18 Std. à CHF 180.00] zuzüglich Auslagen von CHF 82.50 und MwSt von CHF 138.80). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Umfang von CHF 495.70 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 250.00 liegt nicht vor), sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Patrick Thomann wird auf CHF 1'873.70 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 495.70, sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

#### Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.