

SO_GERICHTE VSBES.2015.299 vom 22. Mai 2017

SO Obergericht, 2017-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.299

FR: SO_GERICHTE VSBES.2015.299 du 22 mai 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2015.299 del 22 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1963 geborene A.____ war seit 14. April 1997 bis zur Kündigung per 11. November 2005 bei der B.____, [...], teilzeitlich als Raumpflegerin tätig. Zusätzlich erledigte sie vom 6. Oktober 2000 bis 22. November 2005 Reinigungsarbeiten in der C.____, [...]. Am 12. Dezember 2006 meldete sich die Mutter von drei erwachsenen Kindern (geboren 1983, 1985 und 1989) bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Die IV-Stelle des Kantons Bern veranlasste in der Folge eine neurochirurgische und psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D.____, Spezialärztin FMH für Neurochirurgie, sowie Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH. Mit Verfügung vom 6. Februar 2008 lehnte die IV-Stelle des Kantons Bern den Anspruch der Versicherten auf eine Invalidenrente aufgrund eines in Anwendung der gemischten Methode (90 % Erwerbstätigkeit; 10 % Tätigkeit im Haushalt) ermittelten (Gesamt-)Invaliditätsgrades von 9 % ab (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 28). Die dagegen gerichtete Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit Urteil vom 23. Januar 2009 ab (200 08 69222 IV; IV-Nr. 35).

1.2 Am 10. Juni 2013 meldete sich die Versicherte bei der IV erneut zum Leistungsbezug an. Daraufhin veranlasste die nun infolge des Wohnsitzwechsels zuständige IV-Stelle des Kantons Solothurn am 27. Januar 2014 eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung im F.____, welche am 31. März sowie 1. und 2. April 2014 durchgeführt wurde (Gutachten vom 7. August 2014; IV-Nr. 66). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) wies die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente aufgrund eines in Anwendung der gemischten Methode (90 % Reinigungsangestellte; 10 % Hausfrau) ermittelten (Gesamt-)Invaliditätsgrades von 23 % mit Verfügung vom 26. Oktober 2015 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, als Entscheidungsgrundlage diene das polydisziplinäre F.____ -Gutachten vom 7. August 2014. Aus einer gesundheitlichen Verschlechterung müsse nicht zwingend eine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren. Die gesundheitliche Verschlechterung habe eine Verminderung des Zumutbarkeitsprofils zur Folge (IV-Nr. 83).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben

gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

3. Zunächst ist der massgebende Sachverhalt kurz darzulegen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 6. Februar 2008 zu Grunde lag:

3.1 Dr. med. D.____, Spezialärztin FMH für Neurochirurgie, stellte in ihrem Gutachten vom 1. September 2007 (Untersuchung vom 20. August 2007) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom unter Einbezug BWS und HWS mit pseudoradikulärer Ausstrahlung Beine (links betont) m./b. Status nach Discushernienoperation L5/S1 links 01.10.99, Status nach Wurzel- und Facettengelenksinfiltrationen November 2005, neurologisch: gute Beweglichkeit der LWS ohne Muskelhartspann, kein sensomotorisches Defizit, radiologisch/neuroradiologisch: verminderte Lendenlordose, degenerative Veränderungen untere LWS vor allem L5/S1, mögliche Wurzeltangierung L5 links foraminal». Die bestehende Adipositas hatte nach den Angaben der Neurochirurgin keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der «Beurteilung und Prognose» wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Explorandin habe sich im Jahr 1999 einer Discushernienoperation L5/S1 links unterziehen müssen. Danach habe für einige Jahre eine weitgehende Beschwerdefreiheit bestanden. Im Verlauf des Jahres 2005 seien erneut lumbale Rückenschmerzen aufgetreten, zunehmend auch Schmerzen im linken, dann zusätzlich im rechten Bein. Ein Wurzelkompressionssyndrom habe im weiteren Verlauf nicht festgestellt werden können, neuroradiologisch habe sich eine Wurzelkompression mehrmals ausschliessen lassen. Die Infiltrationsbehandlungen hätten keine Schmerzfreiheit zu bewirken vermocht, auch habe die Explorandin trotz der auffallend hohen Analgeticadosierung keinen wesentlichen Schmerzurückgang empfunden.

Im Weiteren führte die Gutachterin aus, belastungsabhängige lumbale Schmerzen könnten durchaus auftreten; das Ausmass der Beschwerden jedoch, das jegliche ausserhäusliche Tätigkeit und auch Hausarbeiten verunmögliche und einen erheblichen Analgeticabedarf notwendig mache, lasse sich in Anbetracht der objektiven Untersuchungsbefunde nicht nachvollziehen. Mit Sicherheit sei infolge der passiven Alltagsgestaltung von einer allgemeinen Muskeldeconditionierung auszugehen. Die Auswirkung einer zu vermutenden Schmerzverarbeitungsstörung werde im psychiatrischen Gutachten zu beurteilen sein. Aufgrund der neurochirurgischen, d.h. somatischen, Befunde sei der Explorandin eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit im Rahmen von 6 Stunden täglich zumutbar, wobei der Dekonditionierung bereits Rechnung getragen worden sei. Die früher ausgeübte Tätigkeit im Reinigungsdienst werde dadurch beeinträchtigt, dass anhaltendes Staubsaugen oder anhaltend gebücktes Arbeiten nicht mehr zugemutet werden sollte. Möglich seien leichte Arbeiten mit regelmässigem Positionswechsel. Die bisherige Tätigkeit dürfte schätzungsweise noch 4 Stunden täglich möglich gewesen sein, möglichst aufgeteilt in zweimal 2 Stunden. Laut den Akten liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 22. November 2005 vor. Aufgrund der rein somatischen, d.h. neurochirurgischen, Befunde könne diese 100%ige Arbeitsunfähigkeit für eine leichte Tätigkeit nicht bestätigt werden. Medizinische Massnahmen erschöpften sich in einer weiteren Gewichtsreduktion, zudem wäre eine aufbauende Rückengymnastik angezeigt und ein Versuch, den

Schmerzmittelkonsum zu reduzieren. Eine verbesserte Belastbarkeit der LWS dürfe hiervon allerdings nicht erwartet werden. Zumutbar wären Arbeiten mit Gewichte heben und tragen von 6 kg, die Stehposition sollte durch etwas Bewegungen verändert werden können, die Sitzdauer und Gehstrecke liege bei 1 Stunde. Eine den Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit wäre während 6 Stunden bzw. zweimal

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird somit zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR vom 2. Februar 2016) ist bis zum Inkrafttreten einer neuen, generell-abstrakten Regelung im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin anzuwenden. Ein ähnliche Ausgangslage wie im vom EGMR beurteilten Fall «Di Trizio», wonach mit Blick auf die Achtung des Familienlebens der bisherige Status beizubehalten und die gemischte Methode nicht mehr anzuwenden ist, liegt hier nicht vor. Revisionen (bzw. Neuanmeldungen) infolge einer Veränderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person sind weiterhin auch in Fällen möglich, die nach der gemischten Methode bemessen worden sind. Im vorliegenden Fall bleibt der Status der Beschwerdeführerin unbestritten und ihr IV-Grad ist weiterhin nach der gemischten Methode zu ermitteln. Geltend gemacht wird eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands.

E. 2.3

2.3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG 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). Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch

erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV in der seit 1. Januar 2012 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV in der seit 1. Januar 2012 geltenden, vorliegend anwendbaren Fassung). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanschuldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanschuldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

2.3.2 Im vorliegenden Fall meldete sich die Beschwerdeführerin am 12. Dezember 2006 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an, worauf diese nach Durchführung medizinischer Abklärungen deren Anspruch auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 6. Februar 2008 abwies (IV-Nr. 28). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, mit rechtskräftigem Urteil vom 23. Januar 2009 (200 08 69222 IV) ab (IV-Nr. 35). Auf die Neuanschuldung vom 10. Juni 2013 trat die Beschwerdegegnerin ein, veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung im F.____ und lehnte den Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 26. Oktober 2015 erneut ab (IV-Nr. 83). Im Folgenden ist zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 6. Februar 2008 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2015 eine anspruchswirksame Veränderung bzw. eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgewiesen ist.

2.4 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 (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

2.5 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.). 3. Zunächst ist der massgebende Sachverhalt kurz darzulegen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 6. Februar 2008 zu Grunde lag: 3.1 Dr. med. D.____, Spezialärztin FMH für Neurochirurgie, stellte in ihrem Gutachten vom 1. September 2007 (Untersuchung vom 20. August 2007) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom unter Einbezug BWS und HWS mit pseudoradikulärer Ausstrahlung Beine (links betont) m./b. Status nach Discushernienoperation L5/S1 links 01.10.99, Status nach Wurzel- und Facettengelenksinfiltrationen November 2005, neurologisch: gute Beweglichkeit der LWS ohne Muskelhartspann, kein sensomotorisches Defizit, radiologisch/neuroradiologisch: verminderte Lendenlordose, degenerative Veränderungen untere LWS vor allem L5/S1, mögliche Wurzeltangierung L5 links foraminal». Die bestehende Adipositas hatte nach den Angaben der Neurochirurgin keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der «Beurteilung und Prognose» wurde im Wesentlichen ausgeführt, die Explorandin habe sich im Jahr 1999 einer Discushernienoperation L5/S1 links unterziehen müssen. Danach habe für einige Jahre eine weitgehende Beschwerdefreiheit bestanden. Im Verlauf des Jahres 2005 seien erneut lumbale Rückenschmerzen aufgetreten, zunehmend auch Schmerzen im linken, dann zusätzlich im rechten Bein. Ein Wurzelkompressionssyndrom habe im weiteren Verlauf nicht festgestellt werden können, neuroradiologisch habe sich eine Wurzelkompression mehrmals ausschliessen lassen. Die Infiltrationsbehandlungen hätten keine Schmerzfreiheit zu bewirken vermocht, auch habe die Explorandin trotz der auffallend hohen Analgeticadosierung keinen wesentlichen Schmerzrückgang empfunden. Im Weiteren führte die Gutachterin aus, belastungsabhängige lumbale Schmerzen könnten durchaus auftreten; das Ausmass der Beschwerden jedoch, das jegliche ausserhäusliche Tätigkeit und auch Hausarbeiten verunmögliche und einen erheblichen Analgeticabedarf notwendig mache, lasse sich in Anbetracht der objektiven Untersuchungsbefunde nicht nachvollziehen. Mit Sicherheit sei infolge der passiven Alltagsgestaltung von einer allgemeinen Muskeldeconditionierung auszugehen. Die Auswirkung einer zu vermutenden Schmerzverarbeitungsstörung werde im psychiatrischen Gutachten zu beurteilen sein. Aufgrund der neurochirurgischen, d.h. somatischen, Befunde sei der Explorandin eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit im Rahmen von 6 Stunden täglich zumutbar, wobei der Dekonditionierung bereits Rechnung getragen worden sei. Die früher ausgeübte Tätigkeit im Reinigungsdienst werde dadurch beeinträchtigt, dass anhaltendes Staubsaugen oder anhaltend gebücktes Arbeiten nicht mehr zugemutet werden sollte. Möglich seien leichte Arbeiten mit regelmässigem Positionswechsel. Die bisherige Tätigkeit dürfte schätzungsweise noch 4 Stunden täglich möglich gewesen sein, möglichst aufgeteilt in zweimal 2 Stunden. Laut den Akten liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 22. November 2005 vor. Aufgrund der rein somatischen, d.h. neurochirurgischen, Befunde könne diese 100%ige Arbeitsunfähigkeit für eine leichte Tätigkeit nicht bestätigt werden. Medizinische Massnahmen erschöpften sich in einer weiteren Gewichtsreduktion, zudem

wäre eine aufbauende Rückengymnastik angezeigt und ein Versuch, den Schmerzmittelkonsum zu reduzieren. Eine verbesserte Belastbarkeit der LWS dürfe hiervon allerdings nicht erwartet werden. Zumutbar wären Arbeiten mit Gewichte heben und tragen von 6 kg, die Stehposition sollte durch etwas Bewegungen verändert werden können, die Sitzdauer und Gehstrecke liege bei 1 Stunde. Eine den Beeinträchtigungen angepasste Tätigkeit wäre während 6 Stunden bzw. zweimal

E. 3

Stunden pro Tag zumutbar. Eine zusätzliche Leistungseinbusse sollte hierbei nicht auftreten. Aus neurochirurgischer Sicht sei der Explorandin eine leichte angepasste Tätigkeit im Rahmen von 70 bis 75 % zuzumuten, Putzarbeiten wären nur noch stundenweise (maximal 4 Stunden täglich) zumutbar (IV-Nr. 19 S. 10 ff.).

3.2 Dr. med. E. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Gutachten vom 8. Oktober 2007 (Untersuchung vom 31. August 2007) folgende Diagnose fest: «Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4)». Der Gutachter hielt im Wesentlichen fest, die Familienanamnese sei hinsichtlich einer Geistes- oder Nervenkrankheit unauffällig. Die Explorandin sei in geordneten familiären Verhältnissen aufgewachsen und habe keine kinderneurotischen Zeichen gezeigt. Sie habe sich positiv entwickelt, habe sich allerdings nach der Schule nicht weiterbilden können. Sie sei auf die Verrichtung von Hilfsarbeiten angewiesen gewesen. In der Schweiz lebe sie zufriedenstellend. Die familiären Verhältnisse seien bis heute günstig. Im Vordergrund stehe subjektiv die chronische Schmerzkrankheit. Eine Operation habe einen vorübergehenden Erfolg gebracht. Es sei in den letzten Jahren zu einer erheblichen Ausbreitung der Schmerzen gekommen, die Explorandin zeige hypochondrische Befürchtungen und fixierende Anteile. Es sei somit eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorhanden. Eine eigenständige psychische Krankheit sei nicht nachweisbar. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei für sich genommen noch kein Grund, eine definitive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Die Explorandin zeige Hinweise dafür, dass sie die Schmerzen überwinden könne: keine auffällige prämorbid Persönlichkeitsstruktur, keine psychiatrische Komorbidität, keine chronischen körperlichen Begleitkrankheiten und kein Verlust der sozialen Integration. Möglicherweise werde sie durch ungünstige krankheitsfremde Faktoren in ihrer Willensbildung zur Schmerzüberwindung eingeschränkt: Sie sei nicht motiviert, ausser Haus zu arbeiten, es sei auch die reduzierte kulturelle Integration hinderlich. Zusammenfassend sei die Explorandin aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt. Eine ambulante psychiatrische Therapie sei nicht indiziert. Die Prognose sei aus psychiatrischer Sicht günstig.

Interdisziplinär könne unter Berücksichtigung der psychiatrischen und neurochirurgischen Befunde von einer Arbeitsfähigkeit von 70 bis 75 % für eine leichte angepasste Tätigkeit ausgegangen werden (IV-Nr. 20 S. 5 ff.).

3.3 Aus dem Abklärungsbericht Haushalt vom 6. November 2007 (Erhebung vom 31. Oktober 2007) geht im Wesentlichen hervor, die Versicherte erkläre, dass sie bei guter Gesundheit nichts geändert hätte. Sie wäre bei beiden Arbeitsstellen weiterhin als Putzfrau tätig geblieben. Das Pensum hätte sie nicht verändert, sie hätte weiterhin 80 bis 90 % gearbeitet. Sie habe jahrelang gearbeitet und es habe ihr sehr gefallen. Der Sohn und die Schwiegertochter lebten in der gleichen Wohnung. In ihrer Kultur sei es normal, dass die

Schwiegertochter die Haushaltsarbeiten erledige. Somit wäre eine Erwerbstätigkeit weiterhin möglich gewesen. Die Abklärungsperson setzte den Status wie folgt fest: 90 % Erwerbstätigkeit, 10 % Haushalt. Bei den einzelnen Haushaltsverrichtungen konnte sie keine Einschränkungen feststellen. Abschliessend wurde festgehalten, die Einschränkungen, welche die Versicherte geltend mache, stünden im Widerspruch zur medizinischen Beurteilung (Gutachten Dres. med. E.____ und D.____). Es sollte ihr möglich sein, den Haushalt ohne grössere Einschränkungen zu erledigen. Die Verwaltung gehe von einer Einschränkung von 10 % aus (IV-Nr. 21 S. 2 ff.).

3.4 Das Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, wies die Beschwerde der Versicherten gegen die Verfügung vom 6. Februar 2008 mit Urteil vom 23. Januar 2009 (200 08 69222 IV) ab. Den Erwägungen (S. 11 ff. Ziff. 3.3 und 3.4) kann Folgendes entnommen werden (IV-Nr. 35):

3.3.1 Dr. med. D.____ hat in ihrem Gutachten vom 1. September 2007 (AB 18) ausführlich und einlässlich begründet (S. 11 ff.), weshalb sie die Beschwerdeführerin aus somatisch-neurochirurgischer Sicht in einer angepassten, leichten Verweisungstätigkeit zu 6 Stunden täglich resp. 70 bis 75 % für arbeitsfähig hält (S. 13 ff.).

Hieran vermögen die Berichte von Dr. med. G.____ vom 7. April und 6. Juli 2007 (AB 9 und 14), in welchen der Beschwerdeführerin für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von drei bis vier Stunden täglich attestiert wird (AB 9 S. 2 Ziff. D.3 und 4), nichts zu ändern. Zum einen handelt es sich bei der unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit um nichts anderes als um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Die abweichende Beurteilung des behandelnden Arztes rührt ■ wie im neurochirurgischen Gutachten zutreffend ausgeführt wird (AB 18 S. 16 Ziff. D.2) ■ von einer im Vergleich mit der Gutachterin stärkeren Gewichtung der subjektiven (Schmerz-)Angaben der Beschwerdeführerin her. Zum anderen ist in diesem Zusammenhang auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte mitunter aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten Stellung nehmen (BGE 125 V 353 Erw. 3b cc mit Hinweisen).

Auch die nach Schliessung des Schriftenwechsels eingereichten Berichte des H.____ vom 3. März 2008 (Beschwerdebeilage [BB] 12) sowie der I.____ vom 10. März 2008 (BB 11) sowie 15. April 2008 (BB 13) vermögen keine Zweifel an der Schlüssigkeit der somatisch-neurochirurgischen Beurteilung zu wecken. Einerseits beschlagen die darin aufgeführten Aussagen zum Gesundheitszustand allesamt den Sachverhalt nach dem ■ Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden ■ Zeitpunkt der Verfügung vom 6. Februar 2008 (BGE 131 V 11 Erw. 1, 121 V 366 Erw. 1b, je mit Hinweisen) und können allein schon aus diesem Grund nicht massgebend sein. Andererseits haben die betreffenden Fachärzte den zusätzlich gestellten Diagnosen einer leichten medialen Gonarthrose beidseits, einer Belastungsdyspnoe, einer leichtgradigen Antrumgastritis und Refluxösophagitis sowie einem Status nach Hyperprolaktinämie bei Mikroadenom der Hypophyse keine die Arbeitsfähigkeit langdauernd und erheblich einschränkende Wirkung zuerkannt. Zudem äussern sie sich nicht zur Zumutbarkeit einer Verweisungstätigkeit resp. zum Ausmass der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Schliesslich hat auch die Magnetresonanztomographie der LWS vom 15. August 2008 keine die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinflussenden Veränderungen zu Tage gefördert (Bericht der H.____ vom 20. August 2008, bei den Gerichtsakten).

3.3.2 Dr. med. E. ___ hat in seinem Gutachten vom 8. Oktober 2007 (AB 19) unter Hinweis auf die Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen nachvollziehbar und schlüssig dargelegt, dass die Kriterien für die Annahme der (nur in Ausnahmefällen anzunehmenden) Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung nicht erfüllt sind (S. 6). Die Beschwerdeführerin weist keine erhebliche psychische Komorbidität auf und leidet unter keiner chronischen körperlichen Begleiterkrankung. Es besteht auch keine auffällige prämorbid Persönlichkeitsstörung. Sodann kann nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens gesprochen werden. Schliesslich finden sich keine Hinweise für das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung. Damit sind die Voraussetzungen für die Anerkennung einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die somatoforme Schmerzstörung bei der Beschwerdeführerin nicht erfüllt. Aus rechtlicher Sicht sprechen keine hinreichenden Gründe dafür, dass die psychischen Ressourcen es der Beschwerdeführerin nicht erlaubten, trotz ihrer Schmerzen eine adaptierte Beschäftigung auszuüben.

Hieran vermögen die Berichte des I. ___ vom 10. März 2008 (BB 11) sowie 15. April 2008 (BB 13), worin eine leichtgradige Depression und eine Angststörung (ICD-10 F32.0, F41.9) diagnostiziert wurden, nichts zu ändern. Diese betreffen ■ wie bereits in Erwägung 3.3.1 in fine hiervor dargelegt ■ einen Zeitraum nach Verfügungserlass und sind daher bei der Beurteilung des vorliegenden Falls nicht zu berücksichtigen. Zudem konnte zum Zeitpunkt der Verfügung interdisziplinär eine depressive Episode in nachvollziehbarer Art und Weise ausgeschlossen werden (AB 19 S. 6 oben).

3.4 Aus dem soeben Dargelegten erhellt, dass den interdisziplinären Expertisen der Gutachter Dres. med. D. ___ und E. ___ vom 1. September 2007 (AB 18) und 8. Oktober 2007 (AB 19) resp. ihrer interdisziplinären Beurteilung (AB 18 S. 16 Ziff. D.1 und AB 19 S. 8 lit. D) voller Beweiswert beizumessen ist. Auszugehen ist demnach von einer 70 bis 75%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

4. Der aktuelle massgebliche medizinische Sachverhalt präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

4.1 Am 21. Oktober 2010 erlitt die Beschwerdeführerin bei einem Autounfall ein Thoraxtrauma (vgl. IV-Nr. 51.4 und 51.5). Vom 22. Oktober bis 3. November 2010 war sie im J. ___ hospitalisiert. Aus dem Austrittsbericht vom 10. November 2010 gehen folgende Hauptdiagnosen hervor: «Thoraxtrauma nach Autounfall, multiple Schmerzen: Beine, Rücken, Schulter, Arme, linke Flanke, Bauch, Thorax, Hämatom linke Flanke, CT-Schädel/Hals/Thorax/Abdomen/Becken: kein Anhalt für frische ossäre Läsionen, keine inneren Blutungen, Röntgen-Knie rechts: kein Anhalt für frische ossäre Läsionen; Chronische Lumbalgie, 1999 lumbale Dekompression bei Diskushernie L5/S1. Im Weiteren wurden folgende Nebendiagnosen gestellt: «Wiederholte Kopfschmerzattacken; Adipositas per magna; Dyslipidämie; chronische leichte Erhöhung der Leberwerte, am ehesten bei Steatosis hepatis, 07/10 Sonographie-Abdomen: Lebersteatose, keine Cholezystitis bzw. Cholezystolithiasis; Coxarthrose».

Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, die stationäre Aufnahme sei nach einem Autounfall erfolgt. Die Patientin sei auf dem Mittelsitz gesessen, als es zu einem seitlichen Aufprall gekommen sei. Die Enkelkinder neben ihr seien unverletzt geblieben. Zunächst sei die Vorstellung im K. ___ erfolgt, dort sei aus dem CT-Schädel/Thorax/Becken kein

pathologischer Befund hervorgegangen. Wegen persistierender Schmerzen, Schwäche im linken Bein und starker Schmerzen beim Gehen habe sie sich dann auf der Notfallstation des J.____ vorgestellt. Hier sei eine stationäre Aufnahme zur Analgesie und Mobilisation erfolgt. Es seien Klagen über starke Kopfschmerzen und Übelkeit erfolgt. Zum Ausschluss einer Blutung sei ein Verlaufs-Schädel-CT veranlasst worden, welches ohne pathologischen Befund geblieben sei. Die Patientin habe Schmerzen in den Beinen und eine ausgeprägte Schwäche angegeben. Die neurologische Untersuchung habe keine sensomotorischen Ausfälle objektivieren können. Im Rahmen eines Rehabilitationskonsiliums sei in Anbetracht der Tendenz zur Schmerzkrankheit eine frühe intensive muskuloskelettale Rehabilitation empfohlen worden (IV-Nr. 51.3 S. 20 f.).

4.2 Dem Austrittsbericht des L.____ vom 8. Dezember 2010 über die Hospitalisation vom 3. bis 13. November 2010 kann im Wesentlichen entnommen werden, aus ergo- und physiotherapeutischer Sicht habe die Patientin während des 10-tägigen Rehabilitationsaufenthaltes lediglich kleine, wenig quantifizierbare Fortschritte erzielen können. Aufgrund der lumbalen Instabilität sowie der verminderten Kraft in der linken unteren Extremität mit gelegentlich auftretenden Sensibilitätsstörungen sei während des stationären Aufenthaltes ein MRI der LWS bzw. der Iliosakralgelenke (ISG) durchgeführt worden. Durch dieses habe im Bereich von L5/S1, bei Status nach Bandscheibenoperation, ein Rezidiv-Bandscheibenvorfall mit bilateraler diskogener Einengung der Neuroforamina und Alterationen der Nervenwurzeln intraforaminal sowie eine mediodorsale Bandscheibenprotrusion im Segment L4/L5 nachgewiesen werden können. Das klinische Beschwerdebild sei jedoch mit dem radiologischen Befund ungenügend vereinbar gewesen (IV-Nr. 51.3 S. 18 f.).

4.3 Am 25. November 2010 erlitt die Beschwerdeführerin eine Schulterkontusion rechts mit Verdacht auf eine supraspinatus Sehnenruptur und eine traumatisierte AC-Gelenksarthrose, nachdem sie wegen Schwindel offenbar rücklings auf die rechte Schulter gestützt war (IV-Nr. 51.3 S. 4 ff.). Am 25. Januar 2011 wurde die Beschwerdeführerin im J.____ an der rechten Schulter operiert (Traumatische Rotatorenmanschettenruptur Supraspinatus transmural; Therapie: Schulterarthroskopie rechts; IV-Nr. 51.3 S. 16 f.). Gemäss Austrittsbericht vom 14. Februar 2011 über die Hospitalisation vom 25. bis 28. Januar 2011 bestand ein peri- und postoperativ komplikationsloser Verlauf mit problemloser Mobilisation der Patientin unter physiotherapeutischer Anleitung (IV-Nr. 51.3 S. 14 f.).

4.4 Dr. med. M.____, Spezialarzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, hielt in seinem Bericht vom 18. Januar 2012 im Wesentlichen fest, nachdem die ischialgieformen Schmerzen im linken Bein nach der periradikulären Infiltration auf Niveau L4/5 links im Oktober 2011 an Intensität nachgelassen hätten, klage die Patientin jetzt erneut über Rückenbeschwerden sowie Schmerzen im linken Bein, insbesondere im linken Fuss, wobei sie die Schmerzen als brennend schildere. Gleichzeitig klage sie über Krämpfe im linken Bein sowie sockenförmige Dysästhesien im Bereich des linken Fusses. Unverändert klage sie auch über beidseitige Schulterschmerzen. Diesbezüglich, aber auch wegen der Rückenbeschwerden, absolviere sie aktuell eine Wassergymnastik im J.____, was die Schulterbeschwerden und auch die Beweglichkeit der Schultergelenke jeweils bessere. Die ischialgieformen Schmerzen links könne man aktuell nicht mehr sicher einer radikulären Reizsymptomatik zuordnen. Es bestünden eher diffuse Dysästhesien im linken Fussbereich, wobei der

brennende Schmerzcharakter etwas an einen neuropathischen Schmerz denken lasse. Insgesamt sei die Rücken- und Schulterproblematik im Rahmen der chronischen Schmerzkrankheit zu interpretieren. Nebst gewissen somatischen Schmerzursachen seien sicher auch psychische Faktoren an der Schmerzproblematik beteiligt (IV-Nr. 53 S. 28 f.).

4.5 Am 9. und 10. Februar 2012 hielt sich die Beschwerdeführerin wegen starken epigastrischen Schmerzen und Brechreiz im J.____ auf. Nach erfolgter Medikamentenabgabe besserte sich der Allgemeinzustand der Patientin erheblich (IV-Nr. 53 S. 14 ff.).

4.6 Im Bericht vom 5. März 2012 äusserte sich Dr. med. M.____ dahingehend, bei der klinischen Kontrolle hätten sich keine neuen Aspekte ergeben. Bezüglich der Rückenproblematik sei der Patientin die Weiterführung aktiver Massnahmen vor allem im Sinne einer medizinischen Trainingstherapie empfohlen worden. Es sei ihr zu einer Gewichtsreduktion geraten worden. Von einer operativen Intervention am linken Schultergelenk sei abzusehen, solange sich die Situation am rechten Schultergelenk nicht weiter bessere (IV-Nr. 53 S. 18 f.).

4.7 Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Kardiologie, hielt in seinem Bericht vom 25. Oktober 2012 fest, die Patientin beklage seit dem Autounfall vor 2 Jahren multiple skelettale Beschwerden. Unter körperlichen Anstrengungen bestehe ein thorakales Druckgefühl mit Schmerzen im linken Arm. Kardial sei die Patientin kompensiert. Bezüglich einer koronaren Herzkrankheit habe er die Patientin beruhigen können. Eine Gewichtsreduktion sowie regelmässige körperliche Betätigung seien empfehlenswert (IV-Nr. 53 S. 23 f.).

4.8 Vom 15. bis 21. Januar 2013 war die Beschwerdeführerin im J.____ hospitalisiert (Schulterarthroskopie links vom 15. Januar 2013). Aus dem Austrittsbericht vom 25. Januar 2013 geht im Wesentlichen hervor, peri- und postoperativ sei ein komplikationsloser Verlauf festzustellen. Unter adäquater Analgesie habe sich eine rasche Regredienz der Schmerzsymptomatik gezeigt (IV-Nr. 53 S. 10 f.).

4.9 Dem Bericht über die orthopädische Sprechstunde im J.____ vom 25. Juni 2013 kann im Wesentlichen entnommen werden, bezüglich der linken Schulter bestehe funktionell ein verzögertes Resultat. Die Patientin sei noch schmerzhaft limitiert. Störend seien eine unspezifische Schwellung im Bereich des linken Unterarms und ein klinischer Verdacht auf eine Ulnarisneuropathie. Bezüglich der Schulter sei weitere Physiotherapie angezeigt. Hier bestehe im Augenblick kein Handlungsbedarf (IV-Nr. 52 S. 25 f.).

4.10 Die konsiliarische Untersuchung in der Lungenpraxis O.____ (Dr. med. P.____, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin) vom 27. Juni 2013 ergab, dass die Atembeschwerden wahrscheinlich funktioneller Natur seien. Bei Anstrengung seien sie sicher durch die massive Adipositas mit einem BMI von 43 verstärkt (IV-Nr. 54 S. 18 ff.).

4.11 Gemäss dem Elektrophysiologie- und Neurokonsilbericht des J.____ vom 2. September 2013 bestand eine normale Neurographie des Nervus ulnaris und des Nervus medianus. Es wurden ein mögliches Schultergürtel-Engpass-Syndrom links (DD Irritation des unteren Plexus brachialis nach Trauma mit partieller Rotatorenmanschetten-Läsion), ein Verdacht auf eine diabetische Polyneuropathie sowie eine chronische Schmerzkrankheit u.a. bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule diagnostiziert (IV-Nr. 54 S. 12 f.).

4.12 Der Hausarzt, Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für allgemeine Medizin, hielt in seinem Bericht vom 22. Oktober 2013 fest, die Patientin beklage Schmerzen in beiden Schultern,

eine Kraftverminderung in beiden Beinen, Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine sowie Knieschmerzen beidseits und Fersenschmerzen rechts. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Andere Tätigkeiten seien ihr eventuell zuzumuten. Zu beachten sei, dass Stehen, Gehen und Sitzen im Wechsel zu erfolgen habe. Ausserdem seien Überkopfarbeiten, Heben von Gewichten sowie längeres Sitzen oder Stehen oder langes Gehen nicht möglich. In welchem Ausmass solche angepasste Tätigkeiten zumutbar seien, sei unklar. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 80 % (IV-Nr. 55 S. 1 ff.).

4.13 Der RAD-Arzt Dr. med. R.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 16. Januar 2014 im Wesentlichen fest, hauptsächlich sei durch die neu aufgetretene beidseitige Schulterpathologie mit linksbetonter Symptomatik, links unklarer Ursache und möglicherweise im Zusammenhang mit dem Unfall vom 21. Oktober 2010, rechts nach dem Sturz vom 25. November 2010, eine Verschlechterung der Gesundheitssituation eingetreten. Die Schmerzproblematik werde jedoch auch jetzt, entsprechend der neurochirurgischen und psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. D.____ und Dr. med. E.____ im Jahr 2007 und auch gemäss der Beurteilung durch den Rheumatologen Dr. med. M.____ im Jahr 2012, durch das chronische Schmerzsyndrom bzw. die somatoforme Störung, wie sie von Dr. med. E.____ diagnostiziert worden sei, überlagert. Trotz der zahlreichen medizinischen Berichte sei es in der heutigen Situation nicht möglich, zwischen der rein somatisch bedingten Einschränkung und der durch die somatoforme Störung bedingten Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten zu differenzieren. Da sich zudem noch mit der möglichen Polyneuropathie und der möglichen Plexus brachialis-Pathologie links und der beginnenden Gonarthrose links und der fortgeschrittenen Dekonditionierung bei Adipositas permagna weitere zusätzliche und neue medizinische Probleme offenbarten, müsse der komplexe Zustand der Versicherten polydisziplinär begutachtet werden (IV-Nr. 57).

4.14 Dem interdisziplinären MEDAS-Gutachten des F.____ vom 7. August 2014 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 31. März sowie 1. und 2. April 2014 internistisch, neurologisch, rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet wurde. Die Fachärzte stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «1. Chronisches lumbovertebrales bis ■spondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei: Status nach Diskushernienoperation L5/S1 links am 01.10.1999, Status nach Wurzel- und Facettengelenksinfiltration am 30.11.2005, aktuell kleiner Rest-Bandscheibenvorfall ohne klinische oder neuroradiologische Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik; 2. Persistierende subacromiale Impingement-Symptomatik bei AC-Gelenkspathologie beidseits mit/bei: Status nach arthroskopischem Débridement mit Sehnenrekonstruktion und AC-Gelenks-resektion rechts am 25.01.2011, Status nach arthroskopischem Débridement, Sehnenrekonstruktion der Supraspinatussehne und AC-Gelenksresektion links am 15.01.2013, Frozen Shoulder links; 3. Verdacht auf Thoracic-Outlet-Syndrom (DD: mögliche untere Plexusirritation ohne elektrophysiologisches Korrelat und ohne objektivierbare höhergradige motorische Ausfälle im Bereich des linken Armes); 4. Pangonarthrose rechts; 5. Mediale Gonarthrose links; 6. Beginnende Coxarthrose beidseits». Die weiteren gestellten Diagnosen (7. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10: F45.4]; 8. Metabolisches Syndrom mit/bei morbider Adipositas, Grad III nach WHO [BMI 42.5 kg/m²], arterieller Hypertonie, Dyslipidämie, nicht insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2 und Lebersteatose; 9. Chronische Dyspepsie; 10. Fersensporn rechts) haben nach der gutachterlichen

Beurteilung keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Unter dem Titel «Versicherungsmedizinische Beurteilung und Synthese» wurde im Wesentlichen angegeben, das aktuelle Hauptproblem der Explorandin seien ihre chronischen Schmerzen, welche sie inzwischen im Bereich des Rückens, beider Schultern, beider Knie und im Bereich der Füße verspüre und inzwischen ein unerträgliches Ausmass angenommen hätten. Trotz beidseitiger Schulteroperation leide sie nach wie vor unter Schmerzen in beiden Schultern, jetzt vor allem links mit schmerzhaften Ausstrahlungen in die drei ulnaren Finger ihrer linken Hand, vor allem nachts. Trotz verschiedener Abklärungen und Spritzen seien die Beschwerden nicht besser geworden. Auch im Rücken leide sie unter chronischen Schmerzen, welche vor allem unter Belastung zunehmen würden und in beide Beine ausstrahlten, rechts bis auf Höhe der Kniekehle und links bis in den Fuss, der sich auch taub anfühle und wo sie keine Kraft mehr habe. Sie könne deshalb maximal eine Stunde am Stück spazieren gehen und habe auch massive Probleme beim Treppensteigen, weil ihr einfach die Kraft in den Beinen fehle. Seit 4 Monaten habe sie zudem Schmerzen in beiden Knien, rechtsbetont, und brauche häufig einen Stock zum Spazieren. Sie habe auch Schmerzen im Bereich der rechten Ferse und im Bereich des linken Unterbauchs, welche sie ebenfalls auf eine Prellung beim Unfall im Jahr 2010 zurückführe. Aufgrund der vielen Schmerzmittel habe sie auch Probleme mit dem Magen bekommen mit Blähungen und sei auch immer wieder verstopft. Sie könne auch nicht richtig schlafen und fühle sich immer müde und erschöpft.

Die Fachärzte führten aus, die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte allgemein-internistische Untersuchung ergebe das Bild einer 51-jährigen, morbid-adipösen und dekonditionierten Frau in leicht reduziertem Allgemeinzustand. Bei einem Body Mass Index von aktuell 42.5 kg/m² entspreche ihr Übergewicht einer Adipositas Grad III nach WHO. Als Folgeerscheinungen habe sie inzwischen das Vollbild eines metabolischen Syndroms entwickelt mit arterieller Hypertonie, Dyslipidämie und diabetischer Stoffwechsellage, wobei nur der Blutdruck medikamentös behandelt werde und dies insuffizient. Klinisch sei die Explorandin kardiopulmonal kompensiert; auch das EKG sei unauffällig. Klinisch und spirometrisch finde sich eine normale Lungenfunktion ohne Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Somit sei die von der Explorandin beklagte Anstrengungsdyspnoe nicht Ausdruck einer kardiopulmonalen Pathologie, sondern Folge ihrer massiven Adipositas und ihrer langjährigen Dekonditionierung. Auch der restliche internistische Status sei unauffällig. Die chronischen Magen-Darmbeschwerden seien im Rahmen einer chronischen Dyspepsie zu interpretieren, wobei auch hier die regelmässige Einnahme von verschiedensten Schmerzmitteln eine Rolle mitspielen könnte. Insgesamt erscheine die aktuelle Medikation unübersichtlich und zum Teil auch nicht nachvollziehbar. Die tägliche Einnahme von 28 Tabletten sei weder zweckmässig noch medizinisch zumutbar. Trotz ihrer massiven Adipositas und ihres metabolischen Syndroms könne aus internistischer Sicht bei der Explorandin keine Diagnose gestellt werden, welche ihre Arbeitsfähigkeit einschränken würde. Sie sei demzufolge aus rein internistischer Sicht für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen.

Zur rheumatologischen Untersuchung wurde im Wesentlichen ausgeführt, es imponiere vor allem die schmerzhaft eingeschränkte LWS-Beweglichkeit, welche bei Status nach Diskushernienoperation L5/S1 mit der radiologisch verifizierten lumbosacralen Osteochondrose bestens erklärt werden könne. Somit sei die Lendenwirbelsäule der

Versicherten sicherlich nicht voll belastbar. Die Schmerzen in beiden Kniegelenken, vorwiegend rechts, als Ausdruck einer rechtsseitigen Pangenarthrose und einer linksseitigen medialen und retropatellären Arthrose seien ebenfalls nachvollziehbar und limitierten bei längerem Stehen, aber auch bei Arbeiten in kauender oder kniender Position. Die Schulterschmerzen, vor allem links, mit eingeschränkter Beweglichkeit und deutlich positivem Jobe-Test als Zeichen einer postoperativen Supraspinatustendinose bewirkten ebenfalls eine eingeschränkte Belastbarkeit der linken oberen Extremität. Zudem bestehe eine beginnende beidseitige Coxarthrose, welche gelegentlich lediglich im Trochanterbereich Schmerzen verursache. Demzufolge sei die Explorandin als Putzfrau nicht mehr arbeitsfähig. Für eine leichte, vorwiegend sitzende Wechseltätigkeit ohne repetitive Belastungen der linken (adominanten) Schulter bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, wobei darauf geachtet werden müsse, dass keine Arbeiten über der 90°-Ebene zu verrichten seien, dass keine Arbeiten in kniender und kauender Stellung zu verrichten seien und dass keine repetitiven Arbeiten in gebückter Haltung ausgeführt werden müssten. Die 30%ige Einschränkung sei mit dem erhöhten Pausenbedarf sowie der verminderten Leistung zu begründen.

Bei der neurologischen Untersuchung konnten keine höhergradigen motorischen Ausfälle festgestellt werden, welche über eine am ehesten schmerzbedingte Minderinnervation im Bereich des linken Armes und linken Beines hinausgehen würden. Am linken Arm liege eine arthrogen bedingte schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit vor, ohne dass höhergradige Paresen abgrenzbar wären. Eine im Verhältnis zum Schulterschmerz eher im Hintergrund stehende Missempfindung der ulnaren Finger dorsal betont links mute möglicherweise neuropathisch im Sinne einer möglichen Irritation des unteren Plexus brachialis nach dem Schultertrauma an, finde aber kein Korrelat in der Elektroneurographie der Neurologie des J. ___ vom 2. September 2013. Höhergradige objektivierbare Ausfälle bestünden am linken Arm nicht, insbesondere liessen sich keine radikulären Ausfälle und keine auf einzelne Nerven oder Plexusanteile zu beziehende fokalneurologische Defizite nachweisen. Am linken Bein sei ein diffuser Druckschmerz nicht sicher von lumbal einschliessender Schmerzausstrahlung abzugrenzen. Überlagernd komme noch ein während der Untersuchung wechselnd ausgeprägter Druckschmerz im lateralen Vorfussbereich hinzu, welcher nicht sicher reproduzierbar gewesen sei. Die angegebene Minderung der oberflächigen Berührungsempfindung am linken Bein lasse sich keinem Dermatome oder nervalen Versorgungsgebiet zuordnen. Die kernspintographisch beschriebene «Alteration der Nervenwurzel intraforaminal» L5, links mehr als rechts, gehe ohne ein höhergradig objektivierbares motorisches Defizit einher. Die Sensibilitätsstörung am linken Bein gehe deutlich über das Dermatome L5 hinaus. Auch unterliege die Sensibilitätsstörung an den Beinen keinem polyneuropathischen Verteilungsmuster, und polyneuropathische Zeichen liessen sich bis auf einen beidseits nicht sicher erhältlichen Achillessehnenreflex nicht finden. Zusammenfassend sei aus neurologischer Sicht die Arbeitsfähigkeit für die zuvor ausgeübte Tätigkeit in der Raumreinigung nicht mehr gegeben. Eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei durch die Diagnosen auf neurologischem Gebiet mit einer Minderung der Arbeitsfähigkeit um 30 % hinreichend gewürdigt.

Sodann führten die Fachärzte zur aktuellen psychiatrischen Exploration aus, die bereits in früheren Berichten postulierte Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) könne bestätigt werden. Die Explorandin wirke in der Schmerzschilderung konsistent. Es seien keine Diskrepanzen in der Schilderung des Alltags und des

Schmerzerlebens vorhanden. Auch im Untersuchungsgespräch wirke die Explorandin sehr unruhig, nervös und immer wieder komme es zu schmerzbedingten Positionsveränderungen. Die Explorandin erhebe sich gegen Ende des Gesprächs sehr mühsam mit schmerzverzerrtem Gesicht. Hinweise für eine Aggravation finde man nicht. Sie mache Therapien, gehe zweimal wöchentlich in die Physiotherapie und nehme täglich Schmerzmittel ein. Ein Leidensdruck in der Schmerzschilderung sei spürbar. Bei der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung müssten die Förster-Kriterien mitberücksichtigt werden. Eine schwerwiegende psychische Komorbidität liege bei der Explorandin nicht vor, insbesondere könne eine Depression bzw. Angststörung ausgeschlossen werden. Die Explorandin wirke während des ganzen Gesprächs nicht deprimiert, Gestik und Mimik seien nicht eingeschränkt. Sie selbst berichte davon, Freude empfinden zu können, sie zeige Interessen und es liege kein sozialer Rückzug vor. Es liessen sich keine kognitiven bzw. mnestischen Defizite eruieren. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, insbesondere nicht ins Depressive verschoben. Der klinische Eindruck, dass keine depressive Symptomatik von Krankheitswert vorliege, decke sich auch mit dem durchgeführten Testverfahren, in der Hamilton-Depressionsskala erreiche die Explorandin 12 Punkte. Dies entspreche nicht einer depressiven Symptomatik von Krankheitswert. Es liege auch keine chronische körperliche Begleiterkrankung vor, es sei auch kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens zu erkennen. Die Explorandin sei noch nie in einer psychiatrischen Therapie gewesen, so könne auch nicht von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) gesprochen werden. Unter Berücksichtigung der Förster-Kriterien habe die anhaltende somatoforme Schmerzstörung somit aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Zur Arbeitsfähigkeit nahmen die Fachärzte dahingehend Stellung, zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Explorandin aufgrund ihrer polytopen Problematik am Bewegungsapparat mit verminderter Belastbarkeit des Achsenskelettes, der linken Schulter und beider Kniegelenke als Reinigungsangestellte nicht mehr einsetzbar. Für diesen Beruf bestehe eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für eine leichte, vorwiegend sitzende Wechseltätigkeit ohne repetitive Belastungen der linken (adominanten) Schulter bestehe aus rheumatologischer Sicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, wobei darauf geachtet werden müsse, dass keine Arbeiten über der 90°-Ebene zu verrichten, keine Arbeiten in kniender und kauender Stellung auszuführen und keine repetitiven Arbeiten in gebückter Haltung auszuüben seien. Die 30%ige Einschränkung sei mit dem erhöhten Pausenbedarf sowie der verminderten Leistung zu begründen. Eine zusätzliche, internistisch, neurologisch oder psychiatrisch bedingte Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen.

Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass der Gesundheitszustand der Explorandin sich seit der letzten Begutachtung im Jahr 2007 vor allem aus somatischer Sicht verschlechtert habe. Nebst der bereits damals dokumentierten Rückenproblematik seien neu ab Ende 2010 die Schulterbeschwerden beidseits und die Knieschmerzen bei radiologisch dokumentierten degenerativen Veränderungen hinzugekommen, sodass sie jetzt in ihrer angestammten Tätigkeit als Reinigungsangestellte überhaupt nicht mehr einsetzbar sei. Hingegen bleibe sie für ihrem somatischem Leiden angepasste Tätigkeiten zumindest teilarbeitsfähig. Unter Berücksichtigung des

Belastungsprofils lasse sich eine 30%ige Einschränkung, bedingt durch den Pausenbedarf sowie die verminderte Leistung, rechtfertigen (IV-Nr. 66 S. 54 ff.).

4.15 Am 24. Juni 2015 musste der Beschwerdeführerin wegen eines endometroiden Adenomkarzinoms die Gebärmutter operativ entfernt werden. Ein präoperativ durchgeführtes CT-Abdomen ergab keinen Hinweis auf Metastasen. Die Patientin überstand den Eingriff gut (Beschwerdebeilage 3). Gemäss dem Bericht der Pathologie [...] vom 29. Juni 2015 konnten in sämtlichem untersuchtem Material kein malignes neoplastisches Gewebe und keine Restanteile des zuvor diagnostizierten Korpuskarzinoms nachgewiesen werden (Beschwerdebeilage 4).

4.16 Am 7. Juli 2015 wurde die Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des J.____ wegen einer rezidivierenden postprandialen Emesis (Erbrechen) behandelt. Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, bei bekanntem chronischem Schmerzproblem sei eine psychosomatische Genese nicht ausgeschlossen. Die Patientin habe in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Beschwerdebeilage 5).

E. 5

5.1 Die Beschwerdeführerin lässt beantragen, die angefochtene Verfügung vom 26. Oktober 2015 sei aufzuheben und es sei ihr eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter seien die Akten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie nach erfolgten zusätzlichen Abklärungen über ihren Leistungsanspruch neu verfüge. Dies wird damit begründet, mit Blick auf die Ausführungen der F.____-Gutachter, wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht verschlechtert habe, könne die im Vergleich mit dem Gutachten von Dr. med. D.____ vom 1. September 2007 praktisch unveränderte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollzogen werden. Es überzeuge nicht, dass die Gesamtarbeitsunfähigkeit nicht höher als 30 % sein solle. Es sei von einer wesentlich tieferen Arbeitsfähigkeit in einer den körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit auszugehen. Im F.____-Gutachten vom 7. August 2014 werde zwar eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, unter Berücksichtigung der Förster-Kriterien habe diese jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Infolge des Grundsatzurteils BGE 141 V 281 seien die Förster-Kriterien jedoch nicht mehr anzuwenden. Aus diesem Grund sei der psychiatrische Teil der Begutachtung zu wiederholen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit neu vorzunehmen. Im Weiteren sei seit der F.____-Begutachtung nun auch noch ein Krebsleiden hinzugekommen, welches im Sommer 2015 einen chirurgischen Eingriff notwendig gemacht habe. Da ein Krebsleiden bekanntlich sowohl im somatischen als auch im psychischen Bereich erhebliche Beschwerden auslösen könne, dränge es sich auf, das erneut einzuholende polydisziplinäre Gutachten nicht nur mit einer onkologischen Begutachtung, sondern auch bezogen auf das Krebsleiden mit einer erneuten psychiatrischen Untersuchung zu ergänzen.

Die Beschwerdegegnerin ist demgegenüber der Auffassung, das F.____-Gutachten vom 7. August 2014 erlaube eine schlüssige Beurteilung auch im Lichte der neuen Rechtsprechung. Die Beurteilung der Standardindikatoren ergebe, dass die anhaltende somatoforme Schmerzstörung keine Arbeitsunfähigkeit begründe. Es bestünden gute familiäre Beziehungen, aus welchen die Beschwerdeführerin Ressourcen erschliessen könne. Die Therapiemöglichkeiten in Bezug auf die Schmerzstörung seien noch nicht ausgeschöpft bzw. noch gar nicht angegangen worden. Die beklagten Schmerzen liessen

sich zwar nicht vollständig, jedoch weitgehend somatisch erklären. Körperlich leichte Tätigkeiten könne die Beschwerdeführerin verrichten.

5.2 Der psychiatrische F.____ -Gutachter Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, konnte nach erfolgter Exploration vom 2. April 2014 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) hat gemäss seiner Beurteilung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Diagnose 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. S.____ wandte diese in seinem Gutachten an. Er führte aus, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit vor. Die Explorandin wirke in der Schmerzschilderung konsistent, es seien keine Diskrepanzen in der Schilderung des Alltags und des Schmerzerlebens vorhanden. Hinweise für eine Aggravation seien nicht vorhanden. Bei der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung müssten auch die Förster-Kriterien mitberücksichtigt werden. Hier sei vor allem abzuklären, ob eine schwerwiegende psychische Komorbidität vorliege. Dies sei zu verneinen. Es liege keine psychiatrische Komorbidität vor, insbesondere könne eine Depression bzw. Angststörung ausgeschlossen werden. Die Explorandin wirke während des ganzen Gesprächs nicht deprimiert, Gestik und Mimik seien nicht eingeschränkt. Sie selbst berichte davon, Freude empfinden zu können, und zeige Interessen. Es liege nach Rücksprache mit dem Hauptgutachter auch keine chronische körperliche Begleiterkrankung vor, es sei auch kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Bereichen des Lebens zu erkennen. Die Explorandin sei noch nie in einer psychiatrischen Therapie gewesen, so könne auch nicht von einem verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) gesprochen werden. Unter Berücksichtigung der Förster-Kriterien habe die anhaltende somatoforme Schmerzstörung aus versicherungspsychiatrischer Sicht keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 66 S. 51 ff. und 62 f.).

5.3 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 Diagnosen 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).

E. 5.4

5.4.1 Die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. S.____ setzt somit voraus, dass es die darin enthaltenen Feststellungen erlauben, die neu massgebenden Aspekte mit hinreichender Zuverlässigkeit zu beurteilen.

5.4.2 Dr. med. S.____ diagnostiziert eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Diese Diagnose wird plausibel begründet. Hinweise auf Ausschlussgründe wie Aggravation ergeben sich aus dem Gutachten nicht. Was den Komplex «Gesundheitsschädigung» anbelangt, lässt sich dem Gutachten von Dr. med. S.____ entnehmen, dass der Experte von einem erheblichen Schmerzerleben ausgeht. Dieses lässt sich, wie insbesondere dem rheumatologischen, ergänzend auch dem neurologischen Teilgutachten entnommen werden kann, zu einem grossen Teil durch die somatischen Befunde erklären. Dies gilt namentlich für die Schmerzen im Bereich beider Knie, der Schultern (vor allem links) und der Lendenwirbelsäule. Darüber hinaus besteht ein nicht somatisch erklärbares Schmerzempfinden, das letztlich nicht genau von der erklärbaren Komponente abzugrenzen ist. Eine psychiatrische Behandlung fand zu keinem Zeitpunkt statt, und die somatische Therapie konzentrierte sich weitgehend auf die Folgen des Unfalls vom 21. Oktober 2010 sowie der am 25. November 2010 erlittenen Schulterkontusion und der anschliessend geklagten Beschwerden. Komorbiditäten bestehen aus psychiatrischer Sicht nicht, während die im rheumatologischen und im neurologischen Teilgutachten genannten Leiden die Schmerzen teilweise zu erklären vermögen. Daneben bestehen auch internistische Diagnosen. Zu den Eigenschaften der Persönlichkeit führt der psychiatrische Gutachter u.a. aus, die Beschwerdeführerin sei gepflegt, wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Es bestünden keine formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, keine Ich-Störungen. Ein sozialer Rückzug liegt gemäss den überzeugenden Feststellungen des Gutachters nicht vor. Gemäss den Schilderungen der Beschwerdeführerin besteht zu ihren drei Kindern (geboren 1983, 1985 und 1989) ein sehr guter Kontakt, ebenso zu den fünf Enkelkindern. Auch der Ehemann unterstütze sie sehr. Sie habe wenige, aber gute Kolleginnen, die sie hin und wieder treffe, und auch Kontakt zu einer Nachbarin. Der soziale Kontext enthält somit Ressourcen, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann. Zum Aktivitätsniveau ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin gewisse Aufgaben übernimmt, aber im Wesentlichen entlastet wird, was allerdings auch kulturelle Hintergründe hat (vgl. dazu bereits die Feststellungen im Haushaltsabklärungsbericht vom 6. November 2007, E. II. 3.3 hiervor). Zweimal pro Jahr fliegt sie nach Mazedonien. Was die medizinischen Massnahmen anbelangt, lag das

Schwergewicht auf der Behandlung der im Anschluss an die Vorfälle vom Oktober 2010 und November 2010 aufgetretenen Beschwerden. Im Januar 2013 wurde die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang an der linken Schulter operiert (E. II. 4.8 hiervor). Daneben fanden verschiedene Kontrollen und Abklärungen statt und es wurde Physiotherapie durchgeführt. Eine psychiatrische Behandlung fand zu keinem Standpunkt statt, und auch eine gezielte Schmerztherapie wurde nicht in Angriff genommen.

5.4.3 Zusammenfassend ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an erheblichen Schmerzen leidet, welche sich zu einem grossen Teil, aber bei weitem nicht vollständig durch somatische Befunde erklären lassen. Von intensiven, mit unterschiedlichen Ansätzen durchgeführten Behandlungen kann nicht gesprochen werden. Relevante psychische Komorbiditäten bestehen nicht, während aus körperlicher Sicht Begleiterkrankungen (auch solcher internistischer Art) vorliegen. Eigenschaften der Persönlichkeit, welche das Leistungsvermögen in besonderer Weise beeinflussen würden, sind nicht dokumentiert. Das günstige soziale Umfeld bietet Ressourcen, welche der Beschwerdeführerin die Verwertung ihres Leistungsvermögens erleichtern. Was das Aktivitätsniveau anbelangt, übernimmt die Beschwerdeführerin gewisse, ihrer Rolle als (Schwieger-)Mutter und Grossmutter entsprechende Aufgaben, wobei Einschränkungen bestehen. Weiter sind die regelmässigen Reisen nach Mazedonien (zweimal pro Jahr) zu erwähnen. Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung ist namentlich angesichts der fehlenden psychischen Komorbidität, der sich aus dem familiären Umfeld ergebenden Ressourcen und der noch nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen eine invalidisierende Wirkung der Schmerzstörung zu verneinen. Die entsprechende Beurteilung der Beschwerdegegnerin ist zu bestätigen.

5.4.4 Von einer zusätzlichen onkologischen Begutachtung kann abgesehen werden. Gemäss dem Operationsbericht des J.____ (Dr. med. T.____, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe) vom 26. Juni 2015 konnten im der operativen Entfernung der Gebärmutter vorausgehenden CT des Abdomens keine Metastasen festgestellt werden (vgl. Beschwerdebeilage 3). Laut Pathologiebericht vom 29. Juni 2015 wurden in den Operationspräparaten des Uterus und der Adnexe keine malignen (bösartigen) Anteile festgestellt (Beschwerdebeilage 4). Sodann hat die im Bericht des J.____ vom 9. Juli 2015 diagnostizierte rezidivierende postprandiale Emesis (Erbrechen) keine klare Ursache und wurde von den behandelnden Ärzten als wahrscheinlich psychosomatisch bedingt qualifiziert (Beschwerdebeilage 5). Die von der Beschwerdeführerin nachträglich eingereichten Berichte vermögen ■ bis auf die normale perioperative Arbeitsunfähigkeit nach einer Hysterektomie ■ keine relevante andauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen (vgl. Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. R.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom 12. Januar 2016). Diesbezüglich besteht auch kein weiterer Abklärungsbedarf.

6. Zusammenfassend kommt dem F.____ -Gutachten vom 7. August 2014 ■ auch unter Berücksichtigung der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 ■ volle Beweiskraft zu. Der Einwand der Beschwerdeführerin, die im Vergleich mit dem Gutachten von Dr. med. D.____ vom 1. September 2007 praktisch unveränderte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit könne nicht nachvollzogen werden, umso weniger, als laut dem F.____ -Gutachten sowohl aus rein rheumatologischer als auch aus rein neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von je 30 % bestehe, ist nicht stichhaltig. Die 30%ige Einschränkung aus rheumatologischer Sicht wird mit dem erhöhten Pausenbedarf sowie der verminderten Leistung (leichte, vorwiegend sitzende Wechseltätigkeit ohne repetitive Belastungen der linken [adominanten] Schulter,

keine Arbeiten über der 90 °-Ebene, keine Arbeiten in kniender und kauender Stellung, keine repetitiven Arbeiten in gebückter Haltung) begründet. Aus neurologischer Sicht wird die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30 % mit den in diesem Bereich gestellten Diagnosen (degenerative LWS-Veränderungen [Status nach mikrochirurgischer Diskushernienoperation LWK5/SWK1 links 1999; keine objektivierbaren radikulären Ausfälle], mögliche untere Plexusirritation ohne elektrophysiologisches Korrelat und ohne objektivierbare höhergradige motorische Ausfälle im Bereich des linken Armes) begründet. Dass diese aus neurologischer Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit nach der Beurteilung der Experten in der aus rheumatologischer Sicht berücksichtigten Minderung der Arbeitsfähigkeit von 30 % aufgeht, d.h. von den Fachärzten als mitberücksichtigt beurteilt wird, erscheint plausibel. Die fachärztliche Festsetzung der Arbeitsfähigkeit auf insgesamt 70 % in einer angepassten Verweistätigkeit unter Berücksichtigung sämtlicher Disziplinen ist daher nicht zu beanstanden.

7. Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte beim Einkommensvergleich ein Valideneinkommen von CHF 40'913.00, wobei sie sich diesbezüglich auf das rechtskräftige Urteil des Verwaltungsgerichts des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, vom 23. Januar 2009 stützte und das dort gemäss IK-Auszug für das Jahr 2006 ermittelte Valideneinkommen auf das Jahr 2013 aufindexierte. Diesem Valideneinkommen stellte sie als Invalideneinkommen den Tabellenwert der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) gegenüber (Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, Frauen), welcher nach Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Wochenarbeitszeit, des Nominallohnindex bis ins Jahr 2013, einer Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit von 70 % und eines leidensbedingten Abzugs vom Tabellenwert in angemessener Höhe von 15 % zu einem Invalideneinkommen von CHF 30'848.00 führte. Der auf diese Weise ermittelte Invaliditätsgrad von 24.6 % bzw. der Gesamtinvaliditätsgrad in Anwendung der gemischten Methode von 23 % - erscheint korrekt; die herangezogenen Vergleichseinkommen werden von der Beschwerdeführerin denn auch nicht beanstandet. Für den geltend gemachten Maximalabzug von 25 % besteht kein Raum. Sowohl die mangelhaften Deutschkenntnisse als auch die Nationalität der Beschwerdeführerin wirken sich im berücksichtigten Kompetenzniveau 1 nicht lohnmindernd aus. Sodann ist ein Abzug für ein Teilzeitpensum nicht vorzunehmen, da die Verweistätigkeit in einem vollen Pensum mit um 30 % reduzierter Leistungsfähigkeit ausgeübt werden kann. Der Umstand, dass die grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige Versicherte 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). Zudem hat die Rechtsprechung bei Frauen seit jeher keinen Teilzeitabzug anerkannt.

8. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2015, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 9

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

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG 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, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb von 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 Zwischenentscheidungen (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.