

SO_GERICHTE VSBES.2017.109 vom 28. September 2017

SO Obergericht, 2017-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.109_d20170928

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.109 du 28 septembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.109 del 28 settembre 2017

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 10

% . Insgesamt sei die Beschwerdeführerin somit für jegliche leidensangepasste Verweistätigkeit, inklusive angestammter Tätigkeit, als zu 50 % leistungsfähig zu beurteilen. Sodann veranlasste die Beschwerdegegnerin einen Abklärungsbericht Haushalt (IV-Nr. 73) und holte bei den Dres. E.____ und F.____ sowie bei der Abklärungsfachfrau ergänzende Stellungnahmen ein (IV-Nrn. 87 und 94). Gestützt darauf kam die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 74) mit Verfügung vom 14. März 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) zum Schluss, die Beschwerdeführerin habe bei einem errechneten Invaliditätsgrad von gesamthaft 14 % (ausserhäusliche Tätigkeit als Raumpflegerin 10 %, Haushaltstätigkeit 4.4 %) keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente. 3. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 13. April 2017 Beschwerde erheben (A.S. 5 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom

E. 14

März 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde wird abgewiesen. 12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

E. 50

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

3.

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger

Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4.

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin verweise Dr. med. F. ___ für die Anamneseerhebung lediglich auf das Vorgutachten und verzichte darauf, diese selbst nochmals wiederzugeben. Somit sei das Gutachten nicht vollständig. Sodann habe der Gutachter Dr. med. F. ___ die psychischen Einschränkungen in seinem Gutachten vom 19. November 2015 nicht in der gesamten Schwere und Ausprägung erfasst. Hiervon zeugten schon nur die neuerlichen zwangsweisen Hospitalisationen nach erfolgtem Suizidversuch vom 13. bis 17. Juni 2016 und vom 31. August 2016 bis 5. September 2016. In den entsprechenden Austrittsberichten werde in Abweichung zum Gutachten von Dr. med. F. ___ denn auch eine schwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung diagnostiziert bzw. eine rezidivierende depressive Störung, ggw. schwere Episode mit psychotischen Symptomen und differentialdiagnostisch eine wahnhafte Störung. Die Einschätzung von Dr. med. F. ___ widerspreche somit diametral den Einschätzungen aller anderen Psychiater, die sich mit der Beschwerdeführerin befassten. Überdies sei in jedem Falle zu konstatieren, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung bei Dr. med. F. ___ nochmals verschlechtert habe. Die Beweisuntauglichkeit des Gutachtens ergebe sich auch aus der Tatsache, dass zwischen der Begutachtung im August 2015 und dem Erlass der Verfügung eineinhalb Jahre vergangen seien und sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nachweislich verschlechtert habe. Im Weiteren sei auch nicht nachvollziehbar, wie Dr. med. F. ___ auf die Diagnose einer leichten bis mittelgradigen Störung zum Gutachtenzeitpunkt komme. Dies auch schon nur nicht mit Blick auf die von ihm erhobenen Befunde. So berichte Dr. med. F. ___ in seinem Gutachten auf Seite 13 von massiven Schlafstörungen. Auf Seite 14 würden die Schlafstörungen nochmals bestätigt und es werde ein Gedankenkreisen um die desolante Situation erhoben. Auf Seite 14/15 werde sodann berichtet, dass die Beschwerdeführerin sich vorwiegend im Haus aufhalte und fernsehe. Kontakte mit Drittpersonen seien nur spärlich. Streckenweise werde sodann die Situation der Beschwerdeführerin unverkennbar geschönt wiedergegeben. Wenn etwa von gutem Kontakt zu Kolleginnen und Telefonaten mit Drittpersonen die Rede sei, so stehe dies in diametraler Diskrepanz mit den Erhebungen der G. ___ nach neuerlicher Hospitalisation infolge Suizidversuchs. Vorliegend lägen bereits anhand des im Gutachten von Dr. F. ___ Rapportierten die Kriterien gemäss ICD-10 F32 ff. in hinreichender Zahl und Schwere zur Diagnose einer schweren depressiven Störung vor. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass Dr. med. F. ___ angebe, im Querverlauf sei von einer lediglich 50%igen Arbeitsunfähigkeit in ausserhäuslicher Erwerbstätigkeit auszugehen. Sodann äussere sich Dr. med. F. ___ in diesem Zusammenhang in keiner Weise zur Frage, ob die Beschwerdeführerin mit ihrer gesundheitlichen Störung überhaupt noch einem durchschnittlichen Arbeitgeber zumutbar sei. Jedoch werde ein durchschnittlich entgegenkommender Arbeitgeber, auch auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht, eine versicherte Person anstellen, wenn er sich nie sicher sein könne, ob sie

demnächst wieder für längere Zeit ausfalle und neuerliche Suizidversuche unternahme. Ebenfalls in keiner Weise nachvollziehbar sei, weshalb Dr. med. F.____ von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der Haushaltsführung ausgehe. Zumal er ja auch eine Einschränkung in ausserhäuslicher Erwerbstätigkeit, nota bene als Raumpflegerin, attestiere. Beim grossen Teil der Haushaltsarbeiten handle es sich um dieselben, wie die Beschwerdeführerin als Raumpflegerin zu verrichten hätte. Sei sie gemäss Dr. med. F.____ also im Mittelwert als Raumpflegerin nur noch 50 % arbeitsfähig, habe dies konsequenterweise zwingend auch für die Haushaltstätigkeit zu gelten. Auch der Ergänzungsbericht vom 20. Oktober 2016 sei nicht beweistauglich. Dies bereits in formaler Hinsicht. Denn die bundesgerichtlich ab dem Leitentscheid BGE 137 V 210 initiierten und fortwährend gestärkten Verfahrensrechte der Beschwerdeführerin seien verletzt worden, indem, ohne sie auch nur im Ansatz miteinzubeziehen, ein Ergänzungsbericht in Auftrag gegeben worden sei. Die Beschwerdeführerin sei über die Einholung des Ergänzungsberichts nicht unterrichtet worden und es sei ihr keine Gelegenheit geboten worden Ergänzungsfragen zu stellen. Erst mit Erlass der Verfügung habe die Beschwerdeführerin Kenntnis vom Ergänzungsbericht erhalten. Damit sei das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt worden. Entsprechend sei der Ergänzungsbericht widerrechtlich zustande gekommen, nicht verwertbar und aus den Akten zu weisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_769/2013 vom 1. April 2014). Es sei somit auf die Beurteilung von Dr. med. D.____ abzustellen, bei welchem die Beschwerdeführerin seit Jahren in Behandlung sei. Mit Arztbericht für Erwachsene stelle dieser die Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, ggw. schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen, bestehend seit August 2015 und attestiere der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Des Weiteren falle auch das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. E.____ nicht überzeugend aus. Festzuhalten sei, dass dieser auf Seite 9 die Beschwerden als grundsätzlich somatisch erklärbar einstufte. Weshalb er dann aber von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in leichter, leidensadaptierter Tätigkeit ausgehe, sei nicht nachvollziehbar. Sodann halte er auf Seite 10 fest, dass erhöhte Entzündungsparameter bestünden. In der Folge bleibe dieser Umstand aber gänzlich unabgeklärt und auch unberücksichtigt. Im Weiteren habe die Beschwerdegegnerin den Einkommensvergleich zu Unrecht anhand der gemischten Methode vorgenommen. In seinem Urteil vom 2. Februar 2016 habe der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte in Sachen Di Trizio/ Schweiz (Fall-Nr. 7186/09) entschieden, dass die von der IV praktizierte und vom Bundesgericht geschützte Invaliditätsgradbemessung nach der gemischten Methode gegen die Europäische Menschenrechtskonvention EMRK verstosse und diskriminierend sei. Dieses Urteil sei inzwischen rechtskräftig. Es sei daher von der bisherigen Invaliditätsbemessung der gemischten Methode Abstand zu nehmen. Zudem habe die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall zu Unrecht eine hypothetisch bei voller Gesundheit ausgeübte ausserhäusliche Erwerbstätigkeit von lediglich 60 % angenommen. Es verhalte sich so, dass die Beschwerdeführerin bei voller Gesundheit heute mit überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem 100 % Penum ausserhäuslich erwerbstätig wäre. So gehe aus den Akten hervor, dass mit der Geburt des Sohnes 1992 die erheblichen psychischen Probleme der Beschwerdeführerin begonnen hätten. Dies sei etwa dem Bericht der H.____ vom 26. September 2003 zu entnehmen. Dort werde eine psychiatrische Hospitalisierung zufolge einer Wochenbettpsychose erwähnt. Dem Intake-Gesprächsprotokoll vom 2. September 2010 sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ausgeführt habe, sie würde bei voller Gesundheit zu 100 % ausserhäuslich arbeiten. Dem gleichen Protokoll sei zu entnehmen,

dass sie im Jahre 2001 einen Arbeitsversuch im Rahmen einer 100%igen Erwerbstätigkeit bei I.____ unternommen habe. Die Folge sei indessen eine Exazerbation der Depression gewesen, so dass die Tätigkeit wieder aufgegeben werden müsse. Zudem sei der Sohn der Beschwerdeführerin per 30. April 2016 ausgezogen. Dadurch, dass die Abklärungsfachfrau einfach auf die Verhältnisse im Jahr 2012 abstelle, sei die Abklärungspflicht nicht wahrgenommen worden. In diesem Sinne werde beantragt, - sollte das angerufene Gericht nicht ohnehin auf das soeben Ausgeführte abstellen und von einer 100%igen ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit ausgehen - dass die Beschwerdeführerin diesbezüglich zu befragen sei. Schliesslich sei beim Invalideneinkommen zwingend ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen.

6. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, sie sei über die Einholung des Ergänzungsberichts der Gutachter, Dres. E.____ und F.____, nicht unterrichtet worden und es sei ihr keine Gelegenheit geboten worden, Ergänzungsfragen zu stellen. Erst mit Erlass der Verfügung habe die Beschwerdeführerin Kenntnis vom Ergänzungsbericht erhalten. Damit sei das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt worden. Entsprechend sei der Ergänzungsbericht widerrechtlich zustande gekommen, nicht verwertbar und aus den Akten zu weisen.

6.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

Ferner stehen der Partei Teilnahmerechte offen. Sie hat etwa den Anspruch darauf, bei einem Augenschein teilnehmen zu können (vgl. BGE 121 V 152 f.), bei Besprechungen - etwa mit einem Arbeitgeber (vgl. SVR 1998 UV Nr. 18, E.1.d) - anwesend sein zu können oder an Zeugenbefragungen teilnehmen zu können (vgl. BGE 92 I 260 f.). Aus den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen lässt sich allerdings nur ableiten, jedenfalls nachträglich zu den erhobenen Beweisen Stellung beziehen zu können (vgl. BGE 125 V 405 E. 3e).

6.2 Der Beschwerdeführerin wurde die Stellungnahme der Dres. E.____ und F.____ vom 20. Oktober 2016 im Verwaltungsverfahren nicht zur Stellungnahme zugestellt. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin die Gutachter Dres. E.____ und F.____ nicht beauftragt hat, einen Ergänzungsbericht im Sinne neuer Sachverhaltsabklärungen oder Beweiserhebungen zu verfassen. Vielmehr handelt es sich hierbei lediglich um eine Stellungnahme, in welchen sich die Gutachter zu den Vorwürfen und Einwendungen des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 14. September 2016 (IV-Nr. 80) vernehmen liessen. Schon aus diesem Grund waren zusätzliche Ergänzungsfragen an die Gutachter nicht vorgesehen, nachdem die Beschwerdegegnerin keine zusätzlichen oder ergänzenden Abklärungen von den Gutachtern verlangte. Indem die Gutachter zudem lediglich zu den Vorbringen des Vertreters der Beschwerdeführerin Stellung nahmen, wurde die Beschwerdeführerin faktisch auch im Vorfeld involviert. Es

steht damit einzig die Rüge zu Diskussion, dass sich die Beschwerdeführerin im Verwaltungsverfahren nicht mehr zur Stellungnahme der Dres. E.____ und F.____ vom 20. Oktober 2016 äussern können. Ob diesbezüglich von einer Verletzung des rechtlichen Gehörs ausgegangen werden muss, kann jedoch offenbleiben, da eine solche jedenfalls als heilbar anzusehen wäre. So ist von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung im Sinne einer Heilung des Mangels zudem selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, könnte eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich die Beschwerdeführerin in ihren Rechtsschriften zu der genannten Stellungnahme der Dres. E.____ und F.____ hat äussern können. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des BGer vom 12. Februar 2010, 8C_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Beschwerde auch erhoben worden wäre, wenn die Beschwerdeführerin vorgängig Kenntnis von der ergänzenden Stellungnahme der Gutachter erhalten hätte.

7. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 2. Dezember 2014 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 14. März 2017 aufgrund eines errechneten IV-Grades von 14 % zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 9. Januar 2013 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 14. März 2017 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

7.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 9. Januar 2013 (IV-Nr. 43) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf folgende Akten:

7.1.1 In ihrem Bericht vom 2. April 2011 (IV-Nr. 22 S. 2) diagnostizierte Dr. med. J.____, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, ausgeprägte rezidivierende belastungsabhängige lumbosakrale Schmerzen bei Fehlbelastung der unteren Wirbelsäule in Folge Adipositas per magna und ungenügender ligamentärer und muskulärer Stabilität. Das MRI der LWS vom 11. März 2011 habe folgende Befunde ergeben: «Bandscheiben weitgehend intakt, etwas vermindertes Flüssigkeitssignal und komprimierte Diskusstrukturen auf Höhe L3/4, keine Einengung des Spinalkanals, keine Diskushernie. Beginnende Facettgelenksarthrose L5/S1. Sakroiliakalgelenke auf der STIR-Frequenz

unauffällig. Keine Hinweise für Entzündung.» Zudem habe das LWS ap/seitl. vom 20. Januar 2010 folgende Befunde ergeben: «Minimale linkskonvexe Skoliosierung der LWS bei diskretem Beckentiefstand links von ca. ½ cm. Normales Alignment. Der Wirbelkörper, normale Intervertebralabstände, keine degenerativen oder entzündlichen Läsionen. Sakroiliakalgelenke unauffällig.» Bei der Untersuchung bewege sich die Patientin erstaunlich gut. Sie neige ja auch zu einer gewissen Hypermobilität der peripheren Gelenke, das zeige sich auch darin, dass die LWS-Beweglichkeit vor allem auch die Seitneigung ausgezeichnet sei trotz des Gewichts, allerdings führe das auch dazu, dass ihre Wirbelsäule ungenügend stabilisiert werde und das ganze Gewicht des Abdomens führe natürlich zu einer extremen Überbelastung der unteren Wirbelsäule im Stehen. Radikuläre Zeichen seien nicht vorhanden, Lasègue und umgekehrter Lasègue seien negativ, die Muskeleigenreflexe an den unteren Extremitäten symmetrisch auslösbar und Zehen- und Fersengang problemlos. Dr. med. J.____ habe der Beschwerdeführerin für diese Woche ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt, denke aber, dass sie nächste Woche ihre Arbeit wieder aufnehmen sollte. Die 3 Stunden putzen täglich seien gleichzeitig auch Muskeltraining. Wenn sie das nicht mehr mache, dann werde sich das Gewicht noch mehr erhöhen. Gegen die Schmerzen nehme sie Dafalgan, gelegentlich auch Voltaren ein. Die mitgebrachte CD-ROM mit dem MRI der Wirbelsäule zeigt keine relevanten degenerativen Veränderungen, was die bisherige klinische Diagnose bestätige.

7.1.2 Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), führte in seinem Bericht vom 27. September 2011 (IV-Nr. 25) aus, der neue Bericht der Rheumatologin Frau Dr. med. J.____ vom 2. April 2011 enthalte keine neuen Erkenntnisse. Am 11. März 2011 sei ein MRI der LWS durchgeführt worden. Ausser einer beginnenden Facettengelenksarthrose L5/S1 seien keine pathologischen Befunde mit klinischer Relevanz zu sehen, wie dies auch Frau Dr. med. J.____ beschreibe. Psychiatrisch sehe es etwas anders aus, indem seit dem letzten RAD-Bericht eine ambulante Untersuchung in den G.____ veranlasst worden sei. Im entsprechenden Bericht vom 5. Mai 2011 sei die Diagnose einer depressiven Störung wieder aufgenommen worden, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom. In der Beurteilung sei festgehalten worden, dass die depressive Symptomatik unter Antidepressiva rückläufig gewesen und die psychotische Symptomatik remittiert seien. Das aus dem aktuellen Stimmungsbild resultierende Vermeidungs- und Rückzugsverhalten führe zu erheblichem Leidensdruck mit Beeinträchtigung in sämtlichen Lebensbereichen. Somit bestünden jetzt Anhaltspunkte im psychiatrischen Bereich, die eine andere Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen könnten. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit (diese sei nur psychiatrisch begründet) könne der RAD nicht mit Sicherheit bezeichnen. Der Beginn könnte auf das Untersuchungsdatum der G.____ gelegt werden, d.h. auf den 5. Mai 2011. In dieser Situation sei eine psychiatrische Begutachtung angezeigt.

7.1.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 30. April 2012 (IV-Nr. 34) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (F33.0/F33.1) diagnostiziert. Bei der Beschwerdeführerin könne aufgrund ihrer eigenen Einschätzung und der Angaben im Bericht zum Wiedereintrittsgespräch vom 5. Mai 2011 von der G.____, davon ausgegangen werden, dass sich der Schweregrad seit Mai 2011 leicht (aber nicht wesentlich) verbessert habe. Das depressive Syndrom sei durch primär subjektive Symptome wie Schlafstörungen, Insuffizienzgefühle, Antriebsarmut, Hoffnungslosigkeit, Interesseverlust, Verlust des

Selbstvertrauens, Schuldgefühle und Konzentrationsstörungen geprägt. Diese stünden in einem gewissen Kontrast zu einem weitgehend unbeeinträchtigten Lebensvollzug (bspw. Kolleginnen treffen, Mitarbeit im Haushalt, TV sehen, Zeitung lesen) und fehlenden objektiven Zeichen einer deutlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch die deprimierte Stimmung (bspw. aktuelle Testuntersuchung). Die depressive Episode sei aber in der Remission seit Mai 2011 offensichtlich verzögert. Beim Verlauf der Störung der Beschwerdeführerin seien auch psychosoziale Faktoren zu benennen, die einen negativen Einfluss hätten: bspw. Herkunft, Migration, geringe Schul- und Berufsbildung, finanzielle Sorgen etc. Diese Gesichtspunkte besässen v.a. therapeutische Relevanz und würden nicht in die Beurteilung einer medizinisch- theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht mit eingehen (krankheitsfremd, «invaliditätsfremd»). Sie würden auch weit überwiegend die Diskrepanz zwischen subjektiver und objektiver Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erklären. In einem ersten Schritt sollten Arbeiten im Vordergrund stehen, die keine Verantwortung beinhalten würden, die keine Selbständigkeit verlangten, die klar strukturiert, mit wenig emotionalem Stress verbunden und überschaubar seien. In einer solchermassen angepassten angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft und/ oder Näherin bestehe zurzeit eine Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin von 40 % (von 100 %). Diese könne bei einer Intensivierung der Behandlung gesteigert werden. Für Tätigkeiten im Haushalt könnten aus rein psychiatrisch- psychotherapeutischer Sicht keine Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründet werden.

7.1.4 Im Abklärungsbericht Haushalt vom 5. November 2012 (IV-Nr. 39) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe Teilzeit gearbeitet, nie 100 %. In 2007 sei sie bei zwei Arbeitgebern angestellt gewesen und habe gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) CHF 22■490.00 als Einkommen abgerechnet. 2008 seien es CHF 18■032.00 und 2009 CHF 19■199.00 gewesen. Sie habe zusätzlich bei der Reinigung «L. ___» gearbeitet bis 2008, es sei immer so gewesen, dass sie mehr arbeiten wollen, sie habe dies aus gesundheitlichen Gründen aber nicht verwirklichen können. Im 2007 habe sie ca. 30 ■ 40 % gearbeitet. Ohne gesundheitliche Einschränkungen würde sie heute 60 % arbeiten neben den Haushaltarbeiten, habe sie erklärt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass sie noch nie 100 % gearbeitet habe, der Ehemann und der Sohn, die im gleichen Haushalt lebten beide 100 % arbeiteten und sie so für den Haushalt zuständig sei und auch sein möchte. Die Abklärung vor Ort habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin in der «Planung / Organisation / Arbeitseinteilung / Kontrolle des Haushaltes» nicht eingeschränkt sei. Sie könne den Haushalt selber planen und organisieren. Bezüglich «Rüsten / Kochen / Anrichten / Reinigungsarbeiten in der Küche / Vorrat» bestehe eine Einschränkung von 10 % bzw. bei einer Gewichtung von 40 % eine Einschränkung von 4 %. Die Beschwerdeführerin erkläre, dass der Ehemann beim Kochen helfe und das Essen von ihm am Morgen vorgekocht werde, bevor er zur Arbeit gehe. Sie könnte schon kochen, sage sie, wenn der Ehemann z.B. krank wäre. Wenn sie alleine wäre, sage sie, würde sie nichts essen. Sie mache viel Tomaten mit Mozzarella oder grünen Salat mit Käse drin, etc. Das Geschirr werde zusammen abgewaschen und abgetrocknet. Abends werde etwas Kaltes gegessen, Brot, Fleisch, etc.. Sie und der Ehemann machten zusammen am Samstag Reinigungsarbeiten, der Sohn reinige sein eigenes Zimmer selber. Sodann hielt die Abklärungsfachfrau fest, bei der Wohnungspflege sei die Beschwerdeführerin zu 30 % eingeschränkt, was bei einer Gewichtung von 20 % eine Einschränkung von 6 % ergebe. Leichte Reinigungsarbeiten könnte sie, wie die Beschwerdeführerin zurückhaltend meine,

selber machen, aber nicht alle Tage. Wegen der Rückenprobleme könne sie nicht selber Staub saugen. Wegen der Medikamente habe sie zugenommen und sei so auch zusätzlich eingeschränkt in den Bewegungen. Sie bekomme schnell Rückenschmerzen. Das Staubsaugen übernehme der Ehemann. Die Mitwirkungspflicht der Familienangehörigen gehe über das normale Mass hinaus und könne zugemutet werden. Die periodisch anfallenden Reinigungsarbeiten würden sie einmal pro Jahr im Sommer machen, wenn der Ehemann Ferien habe. Dies könne teilweise zugemutet werden. Sodann könne sie zu Fuss kleinere Sachen einkaufen, am Samstag seien sie schon immer zusammen einkaufen gegangen mit dem Auto. Die Rechnungen würden zusammen am Samstag ebenfalls auf der Post eingezahlt. Somit bestehe in der Kategorie «Einkaufen» keine Einschränkung. Bei der Kategorie «Wäsche und Kleiderpflege» bestehe eine Einschränkung von 5 %, bzw. bei einer Gewichtung von 20 % eine Einschränkung von 1 %. Der Ehemann bügle die Wäsche oder der Sohn. Sie wasche abends, der Ehemann bringe die Wäsche nach unten, sie belade sie und stelle das Programm ein, entleere sie und könne die Wäsche selber zum Trocknen aufhängen und wieder abnehmen. Sie hätten schon seit Jahren die Betten zusammen frisch bezogen und würden dies weiterhin so machen. Bezüglich «Krankenpflege/Pflanzen- und Gartenpflege / Haustierhaltung / Anfertigen von Kleidern / gemeinnützige Tätigkeiten / Weiterbildung / künstlerisches Schaffen» bestünde keine Einschränkung. Somit ergebe sich gesamthaft eine Einschränkung im Haushalt von 11 %, wobei dies bei einer Gewichtung von 40 % eine Einschränkung von 4.4 % ergebe.

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 14. März 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.____, hielt in seinem Bericht vom 13. Januar 2015 (IV-Nr. 55, S. 5) fest, die depressive Symptomatik der Patientin sei eindeutig schlechter, sie habe mehr Mühe bei den täglichen Verrichtungen, das heisse zu Hause und auch am Arbeitsplatz mit Putzen insbesondere wegen Rücken- und Gelenkschmerzen. Die Arbeitsfähigkeit sei im jetzigen Zustand unter antidepressiver Therapie nicht gegeben.

7.2.2 Im Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. Januar 2015 (IV-Nr. 55) wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin befinde sich zum zweiten Mal seit dem 20. Mai 2014 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung in seiner Praxis in Olten. Es könne bei der Patientin im Vergleich zum Gesundheitszustand vor zwei Jahren eine deutliche Verschlechterung der depressiven Symptomatik und Schmerzsymptomatik beobachtet werden. Im Rahmen der erfolgten Untersuchungen seit dem 20. Mai 2014 zeige sich eine hilflos verzweifelt wirkende, besorgte, übergewichtige, deutlich erschöpfte und ratlose Frau. Die Anamneseerhebung, besonders die Exploration der Zeitspanne seit der Erkrankung mit mehreren notfallmässigen Hospitalisationen in geschlossenen Abteilungen sei häufig begleitet und unterbrochen durch Affekteinbrüche mit Weinattacken. Zudem leide sie auch unter anhaltender Tagesmüdigkeit und folglich Erschöpfungszuständen mit Freudeverlust und Rückzugverhalten sowie deutlichen Antriebsverlust und Durchschlafstörungen mit Morgentief. Durch die depressiv bedingten Erschöpfungszustände mit verminderter psychischer Belastbarkeit und Initiativemangel (sie fühle sich wie eine wertlose und deutlich vorgealterte Frau) sei die Alltagsbewältigung deutlich eingeschränkt. Des Weiteren seien das Konzentrations- und Durchhaltevermögen deutlich vermindert. Es könne eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig

mittelschwer ausgeprägt mit somatischem Syndrom (F 33.11) mit intermittierenden Phasen von schwer ausgeprägten Symptomen (F33.3) und Angstsymptomatik festgestellt werden. Bei der Beschwerdeführerin zeige sich zum jetzigen Zeitpunkt auch eine deutlich herabgesetzte Arbeitsfähigkeit, d. h. die aus der psychiatrischen Erkrankung resultierenden funktionellen Einbussen führten zu einem Verlust der Arbeitsfähigkeit. Aus diesem Grund müsse mittlerweile aktuell aus rein psychiatrischer Sicht von mindestens einer 70%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jede Tätigkeit in der freien Wirtschaft ausgegangen werden (dies beziehe sich demnach nicht nur auf die bisherige Tätigkeit als Reinigungsarbeiterin, sondern auch auf Verweistätigkeiten, d.h. es seien keine anderen Tätigkeiten der Patientin zumutbar). Aufgrund ihres Störungsbildes sei auch die Adaptionsfähigkeit an neue Situationen deutlich eingeschränkt und zurzeit sei keine Veränderung des psychischen Zustandsbildes absehbar.

7.2.3 Im Bericht der M.____ vom 25. September 2015 (IV-Nr. 66.2) betreffend MRT der LWS und ISG wurde festgehalten, es bestehe eine Sakralisation von LWK 5 beidseits mit aktivierter Arthrose im Bereich der Neogelenke beidseits, als mögliche Ursache für die angegebenen Beschwerden. Zudem bestünden eine aktivierte Spondylarthrose in den Segmenten LWK 2-5 beidseits, jedoch keine Diskushernie und keine Affektion der Nervenwurzeln.

7.2.4 Im bidisziplinären Gutachten von Dr. med. E.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 19. November 2015 (IV-NR. 66.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aus psychiatrischer Sicht lasse sich eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradig bestätigen sowie im Weiteren der Verdacht auf unreife Persönlichkeitszüge, wobei die Explorandin im Rahmen der Exazerbationen der Depressionen bereits mehrfach in den letzten Jahren stationär habe behandelt werden müssen. Der Verlauf sei sehr wechselhaft und Schwankungen unterzogen, wobei bei schweren Episoden auch eine längere Arbeitsunfähigkeit bestanden habe mit schliesslich anhaltender Arbeitsunfähigkeit im Rahmen einer erneuten Dekompensation nach dem Tod ihrer Mutter im Juli 2014. Aktuell könne aus psychiatrischer Sicht eine leicht bis mittelschwere depressive Störung angenommen werden, wodurch im Vergleich zu früheren Episoden aktuell eher wieder eine höhere Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne. Aus rheumatologischer Sicht bestehe ein chronisches lumbovertebrales bis lumbosacrales Schmerzsyndrom linksbetont bei einerseits degenerativen Wirbelsäulenveränderungen mit Spondylarthrosen in den unteren LWS-Segmenten sowie einer symptomatischen lumbosacralen Übergangsanomalie mit Sakralisation von LWK5 und Nearthrose-Bildung mit Aktivierung derselben, insbesondere linksseitig. Im Weiteren könnten erhebliche statische Begleitfaktoren im Rahmen einer ausgeprägten Adipositas per magna mit fortgeschrittener Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskulatur beschrieben werden, welche im Rahmen einer chronischen Überlastungsproblematik im lumbosacralen Übergangsbereich die praktisch ausschliesslich belastungsabhängigen Rückenschmerzen miterklären dürften. Neben der Adipositas per magna mit Zeichen der allgemeinen muskulären Dekonditionierung bestehe eine arterielle Hypertonie sowie eine chronische Dyspepsie wie auch unklar erhöhte Entzündungsparameter, bereits in früheren Jahren

abgeklärt ohne gesicherte Diagnose, alle Diagnosen ohne zusätzliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit sowohl aus psychiatrischer wie auch rheumatologischer Sicht, wobei die Arbeitsunfähigkeit hauptsächlich durch die psychiatrische Grundproblematik erklärt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin als vermindert belastbar einzustufen, indem sie immer wieder auch Erholungsphasen benötige. Für eine einfach strukturierte Tätigkeit, wobei es durchaus auch Reinigungsarbeiten wie bisher sein könnten, bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Diese Einstufung gelte ab Juli 2014 in diesem Ausmass. Aus rheumatologischer Sicht seien schwere wie auch repetitiv mittelschwere körperlich belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Bezüglich angestammter Tätigkeit als Raumpflegerin bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % rückwirkend ab Zeitpunkt der primären Abklärung der Rückenbeschwerden entsprechend ca. 2010, während für eine wechselbelastende geeignete leichte körperliche Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen werden könne. Bezüglich Haushaltstätigkeit bestehe aus rheumatologisch somatischer Sicht eine Einschränkung von 10 %. Insgesamt sei die Explorandin somit für jegliche leidensangepasste Verweistätigkeit, inklusive angestammter Tätigkeit, als zu 50 % leistungsfähig zu beurteilen.

7.2.5 Im Abklärungsbericht Haushalt vom 20. Juni 2016 (IV-Nr. 73) wurde ausgeführt, es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall 60 % ausserhäuslich und 40 % im Haushalt tätig wäre. Die Einschränkung im Haushalt sei 2012 auf 11 % geschätzt worden. Damals habe der Sohn noch in der gleichen Wohnung gelebt, heute handle es sich um einen Zweipersonen-Haushalt. Die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann lebten immer noch in der gleichen Wohnung, die Verhältnisse hätten sich nur gering geändert, indem der Sohn nicht mehr im gleichen Haushalt lebe. Die Einschränkung im Haushalt falle heute sicher geringer aus, dank der Mitwirkungspflicht und der Schadenminderungspflicht. Da sie, die Abklärungsfachfrau, aber keine Gelegenheit gehabt habe, die Versicherte zuhause zu besuchen, da sich diese nicht dazu habe durchringen können, einen Termin abzumachen, würde die Einschränkung von 11 %, bzw. bei einer Gewichtung von 40 % eine Einschränkung von 4.4 %, übernommen.

7.2.6 Im Austrittsbericht der G. ___ vom 1. Juli 2016 (IV-Nr. 78, S. 8) wurde folgende Diagnose gestellt: Suizidversuch am 8. Juni 2016 bei rezidivierend depressiver Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2). Dazu wurde ausgeführt, die ausführliche Anamneseerhebung zusammen mit dem Sohn und der Patientin hätten eine bereits seit 15 bis 20 Jahren bestehende depressive Störung mit vorangegangenen Suizidversuchen und mehrfach geäusserten Suizidgedanken ergeben. Bis Anfang des Jahres habe eine ambulante psychiatrische Betreuung durch Herrn Dr. med. D. ___ in [...] bestanden. Zu ihm habe die Patientin jedoch kein Vertrauen mehr, so dass sie seit Januar 2016 keine Konsultationen mehr bei ihm wahrnehme. Auch habe sie die antidepressive Medikation ausgelassen. Als Motiv für den Suizidversuch habe die Patientin angegeben, zu Hause ständig alleine zu sein. Die Patientin sehe die Gründe auch darin, dass sie seit langem in der Schweiz lebe, sich hier aber nicht wirklich integrieren könne. Im Gespräch habe die Patientin geäussert, dass sie nicht verstehe, warum sie sich das Leben habe nehmen wollen. Anfangs Hospitalisation sei sie von Suizidgedanken nicht klar distanziert gewesen und habe keine Psycho- sowie Schmerzmedikation einnehmen wollen. Ebenso sei sie mit dem Klinikaufenthalt nicht einverstanden. Die Patientin sei weinerlich und habe die meiste Zeit auf ihrem Bett liegen bleiben wollen. Sie habe keine Antidepressiva einnehmen wollen,

weil sie schon viele Medikamente ausprobiert habe und alle Nebenwirkungen wie Müdigkeit aufgezeigt hätten. Sie habe erzählt, dass insbesondere ihr Ehemann die Antidepressiva als eine ungute Option sehe. Nach mehreren Gesprächen, bei denen die Vorteile einer Psychopharmako-Therapie aufgezeigt worden seien, habe sich die Patientin schliesslich auf eine medikamentöse Therapie eingelassen. Bei fehlender Selbst- oder Fremdgefährdung habe sie am 17. Juni 2016 (IV-Nr. 78, S. 10) nach Hause entlassen werden können. Eine weitere psychiatrische Behandlung scheine nicht indiziert. Ein ambulanter Termin bei Herrn Dr. med. D.____ in Olten, sei am 28. Juni 2016 koordiniert worden.

7.2.7 In ihrer Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 (IV-Nr. 87) hielten die Gutachter Dres. E.____ und F.____ fest, es gelte zu berücksichtigen, dass die gutachterliche Untersuchung am 7. August 2015 erfolgt sei, d.h. 10 Monate vor der Hospitalisation wegen des Suizidversuchs. Ein Suizidversuch alleine begründe noch nicht die Schwere einer depressiven Störung, ein Suizidversuch könne aus verschiedenen Gründen erfolgen. Des Weiteren sei der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin der Meinung, dass im Gutachten auf Seite 13 auf massive Schlafstörungen hingewiesen werde. Hierbei handle es sich jedoch um subjektive Angaben der Explorandin, der Begriff «massive» Schlafstörung werde nie aufgeführt. Es werde im Gutachten detailliert dargelegt, weswegen im Schnitt von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werde. Dr. med. D.____ sei damals von einer 70%igen Einschränkung ausgegangen, doch handle es sich um einen momentanen Zustand. Es müsse ja auch berücksichtigt werden, dass die Explorandin nicht dauerhaft bei ihm in Behandlung gestanden habe und es offensichtlich auch bessere Phasen gegeben habe, wie auch anlässlich der gutachterlichen Untersuchung habe festgestellt werden können. Der affektive Zustand schwanke, dies werde vom Rechtsvertreter in keiner Weise berücksichtigt. Sodann sei der Rechtsvertreter der Meinung, dass bei einer teilweisen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auch eine Einschränkung im Haushalt bestehen müsste. Diese Argumentation sei nicht nachvollziehbar, da die Tätigkeit im Haushalt frei eingeteilt werden könne. Weiterhin habe die Explorandin die Mithilfe des Ehemannes und des Sohnes, was durchaus üblich sei in Familien. Es handle sich um eine 4 1/2-Zimmerwohnung ohne weitere grössere Belastungen, wodurch auch aufgrund des psychischen Zustandes angenommen werden könne, dass diesbezüglich bei Tätigkeiten im Haushalt keine zusätzliche Einschränkung entstehe. Des Weiteren bemängle der Rechtsvertreter das rheumatologische Teilgutachten, indem dieses nicht überzeugend ausfalle und halte fest, dass obwohl die Beschwerden als grundsätzlich somatisch erklärbar eingestuft würden, die Explorandin weiterhin als 100 % arbeitsfähig in einer leichten adaptierten Tätigkeit bezeichnet worden sei. Hierbei könne festgehalten werden, dass aus rheumatologischer Sicht die musculo-skelettalen Beschwerden und der Einfluss auf die Leistungsfähigkeit im Detail beschrieben worden seien. Bezüglich im Vordergrund stehender lumbaler Rückenbeschwerden seien diese durch einerseits moderate degenerative Veränderungen, teilweise in aktiviertem Stadium sowie auch durch die Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung und insbesondere auch die muskuläre Insuffizienz bei vorliegender Adipositas per magna hinreichend erklärt und auch entsprechend gewürdigt worden, indem die Explorandin für schwere wie auch mittelschwere körperlich belastende Tätigkeiten und insbesondere Tätigkeiten verbunden mit einzunehmenden Zwangshaltungen vermindert belastbar sei, was sich auch auf die angestammte Arbeitstätigkeit als Raumpflegerin, entsprechend mit einer 50%igen Leistungseinschränkung auswirke. Dennoch seien die objektivierbaren Befunde aus

musculo-skelettaler Sicht auch unter Berücksichtigung der klinischen rheumatologischen Untersuchung sowie des allgemeinen Verhaltens während der Begutachtung nicht hinreichend geeignet, dass dadurch auch eine Leistungseinschränkung in einer leichten wechselbelastenden angepassten Tätigkeit ausgewiesen werden könne. Entsprechend sei die Einschätzung des Rechtsvertreters nicht nachvollziehbar, warum die Explorandin auch in einer leichten leidensadaptierten Tätigkeit eine Leistungseinschränkung aufweisen sollte. Im Weiteren bemängle der Rechtsvertreter, dass die im Gutachten erwähnten erhöhten Entzündungsparameter nicht genügend gewürdigt und berücksichtigt worden seien. Entgegen dieser Aussage könne auf das Gutachten hingewiesen werden mit Beschreiben, dass die erhöhten Entzündungsparameter im Zusammenhang auch mit hämatologischen Veränderungen bereits im Jahre 2013 im Rahmen von ausgedehnten diagnostischen Untersuchungen abgeklärt worden seien, ohne dass eine sichere Diagnose im Sinne einer systemisch entzündlichen Erkrankung oder einer myelo-proliferativen Pathologie bzw. einer anderweitigen Neoplasie habe gefunden werden können. Aus rein rheumatologischer Sicht gelte es festzuhalten, dass derzeit die erhöhten Entzündungsparameter aufgrund der Anamnese, der klinischen wie auch der radiologischen Befunde nicht einer systemisch entzündlich rheumatologischen Grundkrankheit zugeordnet werden könnten, entsprechend aus rein rheumatologischer Sicht auch keine Leistungseinbuße daraus abgeleitet werden könne.

7.2.8 Im Austrittsbericht der G.____ vom 28. November 2016 (IV-Nr. 90) wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.3), DD Wahnhafte Störungen (F22.0), diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei per fürsorglicher Unterbringung durch Herrn Dr. med. N.____ in Olten, wegen Vergiftungsideen und agitiertem Verhalten mit Zertrümmerung der Wohnung zugewiesen worden. Sie sei eingeeignet gewesen im Glauben, dass ihr Ehemann sie habe vergiften wollen. Er wolle, dass sie tot sei, damit er das Geld von der Lebensversicherung bekomme. Sie habe die Wohnung nicht zertrümmert. Dies sei ihr Ehemann gewesen, damit sie in der Psychiatrie lande und alle denken sollten, dass sie psychisch krank sei. Abilify und Venlafaxin habe sie selbständig abgesetzt, das seien Gifte und sie wolle diese nicht einnehmen. Sie nehme Temesta 2.5 mg ein. Fremdanamnestic sei zu erfahren gewesen, dass die Nachbarn die Polizei avisiert hätten, da die Patientin die ganze Wohnung verwüstet und die Post zerrissen habe. Die Beschwerdeführerin sei auf die schliessbare Station für Diagnostik und Krise aufgenommen worden. Der agitierte Zustand der Patientin habe zunächst die Aufnahme im Intensivbereich notwendig gemacht. Psychopathologisch imponierten ein Vergiftungs- und Eifersuchtswahn gegenüber ihrem Ehemann sowie eine damit einhergehende starke Agitation. Die Patientin sei mit der fürsorglichen Unterbringung nicht einverstanden gewesen und habe die stationäre Hospitalisation nur schwer akzeptieren können. Im geschützten Rahmen und unter Wiedereinstellung auf Abilify habe sie sich relativ rasch beruhigt, es habe ein Standortgespräch mit dem Ehemann und der Patientin selbst durchgeführt werden können. In letzter Zeit sei es vermehrt zu Konflikten zwischen den Ehepartnern gekommen, im Gespräch jedoch zeigten sich die Partner einander zugewandt und bereit, miteinander zu kommunizieren. Aufgrund des dringenden Wunsches des Ehepaares sei die Patientin bei fehlendem Anhalt für Selbst- oder Fremdgefährdung in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen worden. Über die Notwendigkeit und Wichtigkeit der regelmässigen Medikamenteneinnahme sei sie ausführlich aufgeklärt worden.

7.2.9 In seinem Bericht vom 2. Februar 2017 führte Dr. med. D.____ aus, die Beschwerdeführerin sei seit dem 31. August 2016 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Patientin befinde sich seit 20. Mai 2014 in seiner ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Alle vereinbarten Termine habe sie zuverlässig wahrgenommen, welche jeweils in einer Sitzungsfrequenz vierzehntäglich bis monatlich stattfinden würden. Seit seinem letzten Arztbericht vom 22. Januar 2015 habe sich der psychische Zustand weiter verschlechtert. Die Beschwerdeführerin habe wegen psychischer Dekompensation notfallmässig hospitalisiert werden müssen, damals sei es im Rahmen ihrer Wahnsymptomatik zu einem Suizidversuch gekommen. Es bestünden trotz zweimaligen stationären Behandlungen in der G.____ nach wie vor Beschwerden mit schweren Funktionseinschränkungen im Alltagsleben. Die Beschwerden seien jeweils in den depressiven Zuständen geprägt von Schlafstörungen, Antriebsverlust in Form eines verminderten Durchhaltevermögens mit Erschöpfungszuständen während des Tages mit Beeinträchtigung der Belastbarkeit, des Weiteren bestehe eine innere Unruhe bei verminderter Stressresistenz, diese zeige sich in einer Affektinkontinenz mit Weinattacken. Trotz Aufenthalt zu Hause werde die Ruhe nicht als Erholung erlebt. In den durchgeführten Einzelkonsultationen, welche systemische Interventionen beinhalten würden (dreimal mit ihrem Sohn und zweimal mit ihrem Ehemann), habe sich keine nachhaltige Besserung des Befindens gezeigt. Die Patientin wirke leidend, besorgt, leide insbesondere unter dem antriebsbedingten, verminderten Durchhaltevermögen (max. 2 Stunden Belastung) und den Konzentrationsdefiziten. Zudem klage sie über übersteigerte Befürchtungen von unüberwindbaren psychischen und somatischen Beschwerden. Sie habe deshalb auch mehrmals wegen somatischen Beschwerden (Magenschmerzen, Rückenschmerzen, Hautveränderungen und Kopfschmerzen) den Hausarzt aufsuchen müssen. Aufgrund der Chronifizierung der depressiven Symptomatik bei Therapieresistenz trotz zweimaligen stationären Behandlungen (notfallmässige Einweisungen mit Fürsorglicher Unterbringung) müsse von einer ungünstigeren Prognose ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der bestehenden Symptomatik (Antriebsstörung, Stressintoleranz, depressive Stimmung, herabgesetzte Belastbarkeit sowie der beschriebenen kognitiven Beeinträchtigungen insbes. hinsichtlich Konzentrationsproblemen) von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit im angestammten Bereich als Raumpflegerin ausgegangen werden.

7.2.10 Im Bericht von Dr. med. O.____, med. pract., RAD, vom 7. Februar 2017 (IV-Nr. 93) wurde angeführt, die G.____ und Dr. med. D.____ stellten aktuell die Diagnose einer depressiven Störung, ggw. schwere Episode mit psychotischen Symptomen. Dieselben Diagnosen seien durch die G.____ z.B. schon im September 2003, im April 2006, im Februar und Mai 2007 gestellt worden. Auch Dr. med. D.____ stelle eine solche Diagnose bereits im Januar 2015. Somit seien die in den neuen Berichten mitgeteilten Diagnosen bereits altbekannte, die bereits in die medizinische Beurteilung im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens eingeflossen- und berücksichtigt worden seien. Eine Änderung der Aussagen zur Arbeitsfähigkeit könne daraus sicher nicht abgeleitet werden.

7.2.11 In seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2017 (Beschwerdebeilage 3) hielt Dr. med. D.____ fest, er sehe sich veranlasst, zum Gutachten von Dr. med. F.____ Stellung zu beziehen. Die von ihm, Dr. med. D.____, gestellte Diagnose einer schweren Depression stütze sich auf die vorwiegenden Beschwerden wie Schlafstörungen, Antriebsverlust, verminderte Stressresistenz, Konzentrationsstörungen mit vermindertem Durchhaltevermögen und nachlassenden Gedächtnisleistungen sowie agitiertem Verhalten

mit Vergiftungsideen und suizidalen Absichten. Dadurch sei die Belastungsresistenz erheblich gemindert. Aufgrund der durch die erwähnten Beschwerden bestehenden Funktionsdefizite bestehe eine 100 % Arbeitsunfähigkeit (Raumpflegerin Teilzeitanstellung), diese schliesse auch Verweistätigkeiten ein. Dies auch in Anbetracht der langerdauernden psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung. Die Patientin sei zudem durch die störungsbedingten Beschwerden auch im Alltag eingeschränkt. Trotz zahlreicher Therapiestrategien und medikamentösen Massnahmen habe keine nachhaltige Beschwerderegradienz erreicht werden können. Zusammenfassend halte er, Dr. med. D.____, an seiner Beurteilung mit den Diagnosen rezidivierende depressive Störung ggw. schwere depressive Episode mit psychotischen Symptome (F33.3), DD: Schizoaffektive Störung, fest. Zur Begründung der Funktionseinbussen und damit verminderten Leistungsfähigkeit weise er auf seinen letzten Bericht vom 2. Februar 2017 und das aktuelle Schreiben hin. Dabei stütze er sich nicht nur auf seine Beschwerdeeinschätzung und subjektive Angaben der Patientin, sondern auf fremdanamnestiche Auskünfte einschliesslich Informationen vom Umfeld und weiterer beteiligter Fachpersonen (Hausarzt, Klinikaufenthalte), zudem habe er auch Testungen mit dem BDI und MADRS als unterstützende Werkzeuge einbezogen.

8.

8.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. E.____ und F.____ vom 19. November 2015 (IV-Nr. 66.1) stützt, ist vorerst dessen Beweiswert zu prüfen. Grundsätzlich ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet.

Im rheumatologischen Teilgutachten führt Dr. med. E.____ im Rahmen einer eingehenden Befund- und Anamneseerhebung aus, es präsentiere sich eine 45-jährige Explorandin mit im Vordergrund stehender und dominierender Adipositas per magna mit einem BMI von 45 kg/m² und Überwiegen einer ausgeprägten stammbetonten Adipositas sowie Zeichen einer hochgradigen Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskelanteile. In der Anamneseerhebung zeige sich eine auf ihre Rückenschmerzen fixierte Explorandin mit Zeichen einer Behinderungsüberzeugung mit insgesamt ausschweifender Beschwerdeschilderung, geprägt auch von einer Affektlabilität mit auftretenden weinerlichen Episoden vor allem beim Schildern der familiär sehr belastenden Verhältnisse. In der klinischen Untersuchung präsentiere sich eine Wirbelsäulenfehlform wie auch Fehlhaltung mit Zeichen einer Hyperlordose, einem vermehrten Beckenshift nach ventral sowie wiederum dominierender Adipositas per magna mit hängender Fettschürze bei ausgeprägter Insuffizienz der rumpfstabilisierenden Muskelanteile. Es fänden sich solitäre Druckdolenzen im lumbosacralen Übergangsbereich sowohl über den Processi spinosi sowie insbesondere über den Facettengelenken L4-S1 bds., während sich die übrigen Wirbelsäulensegmente, insbesondere im HWS- und auch BWS-Bereich, als vollständig unauffällig zeigen würden. Auch die Wirbelsäulenfunktion zeige sich insgesamt als noch gut erhalten mit lediglich leicht eingeschränkter LWS-Inklination, im Verlauf zu früheren Untersuchungen leicht abnehmend, dies jedoch möglicherweise auch interpretierbar durch

die zwischenzeitlich zunehmende rumpfbetonte Adipositas, welche zu einem zusätzlichen erschweren Bücken führe. Weiterhin liessen sich wie in früheren Untersuchungen weder Hinweise auf ein cervico- noch für ein lumboradikuläres Reizgeschehen objektivieren, ebenso fänden sich weiterhin keine fassbaren sensomotorischen Ausfälle. Während bereits im Jahre 2011 eine relevante Discopathie sowie eine mögliche Myelon- oder Neurokompression habe ausgeschlossen werden können, würden moderate Spondylarthrosen, früher vorwiegend betont im Segment L5/S1 bds. beschrieben, welche sich aktuell auf die unteren LWS-Segmente L3-L5 ausweiten würden, auch mit Zeichen einer möglichen Aktivierung ohne jedoch sekundäre neurogene Kompromittierung. Im Weiteren bestehe eine lumbosacrale Übergangsanomalie mit Sakralisation von LWK5 bds. mit Neoarthrose-Bildung, bereits auch in den konventionellen Röntgenaufnahmen aus dem Jahre 2010 vor allem linksdominant deutlich sichtbar und aktuell in der neu durchgeführten MRI-Untersuchung der LWS auch mit Zeichen einer Aktivierung, gut passend auch zu den klinischen Untersuchungen mit im Vordergrund stehender Druckdolenz in Projektion auf den lumbosacralen Übergang links, entsprechend der Anamneseschilderung von langjährigen linksseitigen lumbosacralen Rückenschmerzen. Neben den beschriebenen und im Verlauf zunehmenden bilateralen Spondylarthrosen in den unteren LWS-Segmenten, zu erklären vornehmlich auch durch die in den letzten Jahren zunehmende Adipositas sowie durch die chronische Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung dürfte vor allem das radiologische Korrelat der lumbosacralen Übergangsanomalie mit aktivierter Neoarthrose LWK5/SWKI als Hauptursache für die chronischen linksbetonten lumbalen Rückenbeschwerden gesehen werden. Daraus schliesst Dr. med. E. ___ nachvollziehbar, dass dies auch die verminderte Belastbarkeit für Tätigkeiten verbunden mit längerem Stehen an Ort oder auch Funktionen mit vermehrtem notwendigem sich bücken wie auch Auftreten vermehrter lumbaler Rückenbeschwerden bei längerem Sitzen über mehrere Stunden erkläre. Obwohl sich vor allem die belastungsabhängigen Beschwerden durch die obgenannten objektivierbaren Befunde erklären lassen würden, dürfte im Rahmen der einerseits langjährigen Beschwerden sowie der einflussenden depressiven Störung wie auch vor allem der psychosozialen Belastungsfaktoren eine zwischenzeitlich stattgehabte Chronifizierung angenommen werden, indem die Explorandin doch eine niedrige Schmerzschwelle aufweise und sich dementsprechend im Alltag verhalte, indem sie sich bereits auch nach leichten körperlichen Belastungen hinlegen müsse, dies begründet vor allem durch eine vermehrte Müdigkeit und Erschöpfbarkeit. Letztere sei jedoch im Rahmen von nicht Bewegungsapparat spezifischen Begleitfaktoren zu sehen. Im Weiteren zu bemerken und auch im Rahmen aktueller Laboranalysen zu bestätigen, sei eine Erhöhung der humoralen Entzündungsparameter sowohl was CRP wie auch die BSR betreffe mit auch einer seit dem Jahre 2013 beschriebenen anhaltenden Leukozytose und tendenziellen Thrombozytose, deren Ursache bisher nicht habe geklärt werden können. Im Rahmen ausgedehnter Abklärungen durch die Hämatologie des P. ___ im Jahre 2013 sei ein möglicher myeloproliferativer Prozess bei bereits damals angegebener Differentialdiagnose eines möglichen chronisch entzündlichen Prozesses ausgeschlossen worden. Aus rheumatologischer Sicht könnten die erhöhten Entzündungsparameter bei ausschliesslich degenerativ und statisch bedingter lumbaler Rückenbeschwerden und ohne Hinweise auf eine anderweitige systemisch rheumatologisch entzündliche Grundkrankheit nicht erklärt werden.

Gestützt auf die umfassende Befund- und Anamneseerhebung vermögen auch das von Dr. med. E. ___ statuierte Zumutbarkeitsprofil sowie die Einschätzung der Arbeits- und

Leistungsfähigkeit zu überzeugen: Hinsichtlich funktioneller Belastbarkeit bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenskelettes, dies vor allem was mittelschwere wie auch schwere körperliche Belastungen betreffe. Die von der Explorandin beschriebenen Einschränkungen im häuslichen Alltag seien durch die rheumatologischen objektivierbaren Befunde nur schwierig und nicht hinreichend erklärbar. Auch die Notwendigkeit des sich Hinlegens mehrmals pro Tag, und die angegebene Unmöglichkeit des vermehrten Ausübens von Haushaltstätigkeiten könnten durch den Untersucher nicht nachvollzogen werden, vielmehr dürften hierbei auch die psychiatrische Grundproblematik sowie die weiterhin deutlich vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren eine mitentscheidende Rolle spielen. Schwere wie auch repetitive mittelschwere körperlich belastende Tätigkeiten seien der Explorandin nicht mehr zumutbar. Bezüglich angestammter Tätigkeit als Raumpflegerin mit hierbei auch immer wieder Auftreten von Zwangshaltungen sowie teils auch mittelschweren Belastungen könne eine maximale Einschränkung von 50 % aus rein rheumatologischer Sicht ausgewiesen werden. Die Explorandin berichte, dass sie über mehr als 20 Jahre jeweils ein Arbeitspensum von 2 - 3 Stunden pro Tag ausgeübt habe, zuletzt auch in einer eher leichten nicht körperlich belastenden Tätigkeit in der Funktion als Raumpflegerin, sodass das angestammte Arbeitspensum mit der angegebenen zumutbaren Arbeitsbelastung aus rheumatologischer Sicht auch aktuell weiterhin möglich sein sollte. Bezüglich einer leidensadaptierten leichten körperlich belastenden Tätigkeit, durchgeführt in Wechselbelastung, durchgeführt abwechslungsweise sitzend, stehend wie auch gehend sowie ohne repetitive Einnahme von Zwangshaltungen könne aus rein rheumatologischer Sicht keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit definiert werden. Bezüglich Beginns der reduzierten Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin, angegeben mit 50 %, sei der Zeitpunkt rückwirkend ab Beginn der Abklärung der Rückenbeschwerden, entsprechend ca. 2010 anzunehmen. Bezüglich Haushaltstätigkeit könne entsprechend der Haushaltabklärung durch die IV-Stelle Solothurn im Jahre 2012 von einer maximalen Einschränkung von 10 % ausgegangen werden.

Im psychiatrischen Teilgutachten führt Dr. med. F. ___ aus, die Explorandin leide schon seit Jahren rezidivierend unter depressiven Zuständen, die teilweise ein schweres Ausmass, mit in der Vergangenheit teilweise sogar psychotischen Phänomenen angenommen habe, wobei sie sich lange geweigert habe, eine konsequente psychiatrische Therapie durchzuführen. Immer wieder habe sie in stundenmässigem Ausmass gearbeitet, doch sei es auch immer wieder zum Verlust der Arbeitsstellen gekommen. Eine erneute Dekompensation scheine beim Tod der Mutter im Juli 2014 eingetreten zu sein, wo sie wiederum schwerer depressiv geworden sei und sich einige Zeit zurückgezogen habe. Mittlerweile bestehe keine ausgesprochene Rückzugstendenz mehr, sie pflege auch soziale Kontakte und scheine sich tagsüber verschiedentlich zu aktivieren, wobei sie sich immer wieder ausruhe. Unklar sei, weswegen die Explorandin in der Haushaltstätigkeit derart eingeschränkt sein solle, sie weise teilweise auf körperliche Beschwerden hin. In psychischer Hinsicht beschreibe sie einen etwas wechselhaften Zustand, doch nicht mit ausgesprochener und durchgehender Freudlosigkeit oder gedrückter Stimmung, andererseits studiere sie teilweise und weine manchmal. Die Explorandin wirke etwas affektlabil, könne sich aber recht schnell von der weinerlichen Stimmung erholen. Es sei eine problemlose affektive Kontaktaufnahme möglich, sie könne sich auch recht gut selbst behaupten und ihre Meinung darlegen. Sie scheine sich auch um die Administration zu kümmern, sie pflege soziale Kontakte. Im Weiteren legt Dr. med. F. ___ einleuchtend dar, es sei anzunehmen, dass Persönlichkeitsfaktoren den Zustand zusätzlich unterhalten würden. Die

Beschwerdeführerin wirke eher etwas unreif und scheine eine gewisse Regressionstendenz aufzuweisen, es zeigten sich auch emotional labile Anteile. Bis anhin sei bezüglich der Persönlichkeit allerdings nie eine gravierende Auffälligkeit beschrieben worden, sodass sowohl aufgrund der fremdanamnestic Angaben wie auch subjektiven Angaben der Explorandin eine Persönlichkeitsstörung nicht bestätigt werden könne, doch müsse zumindest vermutet werden, dass akzentuierte Züge eine Rolle spielen würden. Diese labile Persönlichkeitskonstellation führe dazu, dass die Explorandin je nach Belastungen wiederholt unter depressiven Schwankungen leide, die teilweise ein schweres Ausmass annehmen könnten. Aktuell könne die Depression als allenfalls leicht bis höchstens mittelgradig eingestuft werden, bei einer schwer depressiven Störung wäre eine stärkere affektive Beeinträchtigung und ebenfalls kognitive und psychomotorische Störung zu erwarten, auch wäre die Explorandin nicht in der Lage sich derart tagsüber zu beschäftigen und Kontakte zu pflegen. Der Verlauf sei offenbar sehr wechselhaft mit Schwankungen gekennzeichnet. Phasenweise gelinge es der Explorandin wieder, stundenweise einer Arbeit nachzugehen, dann falle sie wieder aus einem Arbeitsprozess heraus. Es sei demnach nicht so, dass von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne, dies werde auch vom behandelnden Psychiater derart dargelegt. Aktuell lasse sich eher eine leicht bis mittelschwere depressive Störung annehmen, wodurch im Grunde genommen wieder eine höhere Arbeitsfähigkeit möglich sei. Aufgrund des schwankenden Verlaufes müsse ein ungefährender Mittelwert eruiert werden, was allerdings schwierig abzuschätzen sei. Im Vergleich zur Untersuchung von Dr. med. C.____ im Jahre 2012 sei zum aktuellen Zeitpunkt eher eine Verschlechterung anzunehmen, da die Depression 2014 eher schwerer gewesen sei, sich mittlerweile allerdings wieder etwas gebessert habe. Es bestehe noch ein wechselhafter affektiver Zustand, respektive eine starke Labilität. Aus diesen Gründen werde eine eher höhere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen, wobei der Explorandin grundsätzlich in Teilzeit eine Tätigkeit möglich sein sollte. Gestützt auf diese nachvollziehbaren Erläuterungen vermag auch die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von Dr. med. F.____ zu überzeugen: Die Explorandin sei allgemein als vermindert belastbar einzustufen, sie benötige auch immer wieder Erholungsphasen, sie sei nicht in der Lage, komplexe Tätigkeiten zu verrichten. Es könne für eine einfach strukturierte Tätigkeit, wobei es durchaus auch Reinigungsarbeiten wie bisher sein könnten, eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Es handle sich um einen Mittelwert, der auch berücksichtige, dass die Explorandin zeitweise schwerere depressive Phasen aufweise, dann wieder leichtere, wo sie wieder eine höhere Leistung erbringen könnte. Diese neue Einstufung der Arbeitsfähigkeit bestehe seit Juli 2014 in diesem Ausmass. Im Übrigen leuchtet auch die Argumentation von Dr. med. F.____ ein, wonach sich die von Dr. med. D.____ angegebene 70%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nur bei vorwiegend eher schwer depressiven Zuständen begründen lasse, was aber nicht in durchgehendem Ausmass bestätigt werden könne. In der Haushaltstätigkeit sollte es der Explorandin möglich sein, alle anfallenden Tätigkeiten zu verrichten. Es bestehe dort eine relevante psychosoziale Problematik mit Eheproblemen, was zur Folge habe, dass die Familienmitglieder teilweise mithelfen würden.

Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Konsensbeurteilung im Gutachten von Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____ zu überzeugen. Demnach bestehe bezüglich angestammter Tätigkeit als Raumpflegerin eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % rückwirkend ab Zeitpunkt der primären Abklärung der Rückenbeschwerden entsprechend ca. 2010, während für eine wechselbelastende geeignete

leichte körperliche Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen werden könne. Bezüglich Haushaltstätigkeit bestehe aus rheumatologisch somatischer Sicht eine Einschränkung von 10 %. Insgesamt sei die Explorandin somit für jegliche leidensangepasste Verweistätigkeit, inklusive angestammter Tätigkeit, als zu 50 % leistungsfähig zu beurteilen.

8.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Gestützt darauf steht fest, dass seit der letzten abweisenden Rentenverfügung vom 9. Januar 2013 aus rheumatologischer und aus psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung eingetreten ist, indem die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit nur noch 50 % arbeits- und leistungsfähig ist.

8.2.1 Die übrigen medizinischen Berichte geben keinerlei Anlass, an den Ergebnissen des Gutachtens zu zweifeln. Die entgegenstehenden Berichte von Dr. med. D. ___ vermögen kaum zu überzeugen. Seine von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeiten zwischen 70 % und 100 % erscheinen in diesem Ausmass nur bedingt nachvollziehbar begründet zu sein und stützen sich vorwiegend auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin. Wie bereits erwähnt, vermag in diesem Zusammenhang auch die Argumentation von Dr. med. F. ___ zu überzeugen, wonach sich die von Dr. med. D. ___ angegebene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nur bei vorwiegend eher schwer depressiven Zuständen begründen lasse, was aber nicht in durchgehendem Ausmass bestätigt werden könne. Dazu führt Dr. med. F. ___ in der Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 ergänzend aus, es handle sich bei der Einschätzung von Dr. med. D. ___ um einen momentanen Zustand. Es müsse ja auch berücksichtigt werden, dass die Explorandin nicht dauerhaft bei ihm in Behandlung gestanden sei und es offensichtlich auch bessere Phasen gegeben habe, wie auch anlässlich der gutachterlichen Untersuchung habe festgestellt werden können. Der Gutachter hat denn auch diesen aktenkundigen Schwankungen des Schweregrades der depressiven Episoden Rechnung getragen, indem er bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von einem Mittelwert ausging, der auch berücksichtigt, dass die Explorandin zeitweise schwerer depressive Phasen und dann wieder leichtere aufweist, wo sie gemäss Gutachter wieder eine höhere Leistung erbringen könnte. In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit weiteren Hinweisen), weshalb den Berichten von Dr. med. D. ___ vom auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist.

8.2.2 Sodann vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Die meisten Rügen der Beschwerdeführerin wurden bereits in der Stellungnahme der Dres. E. ___ und F. ___ vom 20. Oktober 2016 wohlbegründet entkräftet. Die Beschwerdeführerin bemängelt unter anderem, dass im Gutachten auf den Seiten 13 ■ 15 einerseits Befunde wie Schlafstörungen, Gedankenkreisen und spärliche Kontakte mit Drittpersonen erhoben worden seien, aber andererseits lediglich eine leichte bis mittelgradige depressive Störung diagnostiziert werde. Dem ist entgegenzuhalten, dass es sich bei den genannten Befunden, wie aus dem Gutachten klar ersichtlich ist, um subjektive Angaben der Beschwerdeführerin handelt. So ist es gerade die Aufgabe des psychiatrischen Gutachters, die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin nicht einfach zu übernehmen, sondern diese einer eigenen Beurteilung zu unterziehen. Das gleiche gilt hinsichtlich der Rüge, es lägen bereits anhand der im Gutachten von Dr. med. F. ___

erhobenen Befunde die Kriterien gemäss ICD-10 F32 ff. in hinreichender Zahl und Schwere zur Diagnose einer schweren depressiven Störung vor. So ist es die Aufgabe des psychiatrischen Gutachters, die Angaben der versicherten Person entsprechend zu würdigen und allenfalls unter einer Diagnose zu subsumieren. Dies hat Dr. med. F. ___ in seinem Gutachten, wie vorgehend festgehalten, überzeugend und wohlbegründet umgesetzt. Lediglich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abzustellen, wie dies vom Vertreter der Beschwerdeführerin gemacht wird, würde nicht einer fachgerechten Beurteilung entsprechen. Wie Dr. med. F. ___ in der Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 zudem einleuchtend argumentiert, besteht entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin bei Tätigkeiten im Haushalt aus psychiatrischer Sicht keine zusätzliche Einschränkung, da die Tätigkeit im Haushalt frei eingeteilt werden könne und die Explorandin die Mithilfe des Ehemannes und des Sohnes in Anspruch nehmen könne, was durchaus üblich sei in Familien. Es handle sich um eine 4 1/2-Zimmerwohnung ohne weitere grössere Belastungen, wodurch auch aufgrund des psychischen Zustandes angenommen werden könne, dass diesbezüglich bei Tätigkeiten im Haushalt keine zusätzliche Einschränkung entstehe. An dieser Einschätzung kann festgehalten werden, auch wenn der Sohn mittlerweile aus dem elterlichen Haus ausgezogen ist (vgl. IV-Nr. 73). Des Weiteren macht die Beschwerdeführerin geltend, das Gutachten sei unvollständig, da Dr. med. F. ___ hinsichtlich der Anamneseerhebung lediglich auf das Vorgutachten verweise. Dr. med. F. ___ hielt in seinem Gutachten auf S. 15 fest, mit der Beschwerdeführerin sei die Anamnese noch einmal kursorisch durchgegangen worden. Diese könne allerdings dem Vorgutachten entnommen werden, da die Beschwerdeführerin nichts Wesentliches beizufügen gehabt habe, weswegen die Anamnese nicht noch einmal erwähnt werde. Demzufolge hat Dr. med. F. ___ eine Anamneseerhebung vorgenommen, jedoch mangels ergänzender Angaben der Beschwerdeführerin auf eine nochmalige Niederschrift der Anamnese verzichtet. Dass er in der Folge auf die Anamneseerhebung aus dem Gutachten von Dr. med. C. ___ vom 30. April 2012 verweist, ist demnach nicht zu beanstanden. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, Dr. med. F. ___ äussere sich nicht zur Frage, ob die Beschwerdeführerin mit ihrer gesundheitlichen Störung überhaupt noch einem durchschnittlichen Arbeitgeber zumutbar sei. Die diesbezügliche Frage wird im Gutachten tatsächlich nicht beantwortet. Erst in seiner Stellungnahme vom 20. Oktober 2016 hielt Dr. med. F. ___ fest, die Beschwerdeführerin sei einem potenziellen Arbeitgeber bei dem angegebenen Pensum durchaus zumutbar. Dies erscheint angesichts des gutachterlich festgelegten Leistungsprofils nachvollziehbar, zumal Dr. med. F. ___ in seiner Beurteilung des zumutbaren Pensums die möglichen Schwankungen berücksichtigt hat. Schliesslich bemängelt die Beschwerdeführerin auch das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. E. ___. Hierbei kann vorweg ebenfalls auf die schlüssige Stellungnahme der Gutachter vom 20. Oktober 2016 verwiesen werden. Darin legt Dr. med. E. ___ überzeugend dar, die objektivierbaren Befunde aus musculo-skelettaler Sicht seien auch unter Berücksichtigung der klinischen rheumatologischen Untersuchung sowie des allgemeinen Verhaltens während der Begutachtung als nicht hinreichend geeignet, dass dadurch auch eine Leistungseinschränkung in einer leichten wechselbelastenden angepassten Tätigkeit ausgewiesen werden könne. Entsprechend sei die Einschätzung des Rechtsvertreters nicht nachvollziehbar, warum die Explorandin auch in einer leichten leidensadaptierten Tätigkeit eine Leistungseinschränkung aufweisen sollte. Wenn der Gutachter die Beschwerden als somatisch erklärbar einstuft, kann daraus entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin zudem nicht abgeleitet werden, es könne in einer leichten,

leidensadaptierten Tätigkeit keine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehen, zumal Dr. med. E. ___ seine Einschätzung 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten adaptieren ausserhäuslichen Tätigkeit im Gutachten einleuchtend begründet. Im Weiteren bemängelt der Rechtsvertreter, dass bezüglich der im Gutachten erwähnenerhöhten Entzündungsparameter keine genügende Würdigung und Berücksichtigung vorgenommen worden sei. Wie diesbezüglich im Gutachten sowie in der Stellungnahme aber schlüssig ausgeführt wurde, seien die erhöhten Entzündungsparameter im Zusammenhang auch mit hämatologischen Veränderungen bereits im Jahre 2013 im Rahmen von ausgedehnten diagnostischen Untersuchungen abgeklärt worden, ohne dass eine sichere Diagnose im Sinne einer systemisch entzündlichen Erkrankung oder einer myelo-proliferativen Pathologie bzw. einer anderweitigen Neoplasie habe gefunden werden können. Aus rein rheumatologischer Sicht gelte es festzuhalten, dass derzeit die erhöhten Entzündungsparameter aufgrund der Anamnese, der klinischen wie auch der radiologischen Befunde nicht einer systemisch entzündlich rheumatologischen Grundkrankheit zugeordnet werden könnten, entsprechend aus rein rheumatologischer Sicht auch keine Leistungseinbusse dadurch abgeleitet werden könne. Auf diese überzeugenden Ausführungen kann ebenfalls abgestellt werden.

8.3 Des Weiteren wird von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, die Beweisuntauglichkeit des Gutachtens ergebe sich auch aus der Tatsache, dass zwischen der Begutachtung im August 2015 und dem Erlass der Verfügung eineinhalb Jahre vergangen seien und sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nachweislich verschlechtert habe. Die Beschwerdeführerin verweist in diesem Zusammenhang auf die stationären Hospitalisierungen in der G. ___ vom 13. bis 17. Juni 2016 sowie vom 31. August bis 5. September 2016, welche einerseits aufgrund eines Suizidversuchs vom 8. Juni 2016 (vgl. IV-Nr. 78, S. 10) sowie andererseits im Rahmen einer fürsorgerischen Unterbringung (vgl. IV-Nr. 90) durchgeführt wurden. Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass aufgrund der medizinischen Akten, wie bereits vorgehend ausgeführt, hinsichtlich des Schweregrades der depressiven Episoden teilweise grosse Schwankungen feststellbar sind. So fanden in den Jahren 2003 ■ 2007 bereits mehrere stationäre Klinikaufenthalte in der G. ___ statt, wo schwankende depressive Episoden, teilweise psychotische Symptome und Suizidalität festgestellt wurden (vgl. IV-Nr. 15, S. 1 ff.). Grundsätzlich wurde im Gutachten diesen Schwankungen bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit denn auch Rechnung getragen, indem die festgelegte 50%ige Arbeitsunfähigkeit ein Mittelwert darstellt. Wie Dr. med. F. ___ in der Stellungnahme vom 20. Oktober 2010 zudem zu Recht festgehalten hat, sagt ein Suizidversuch alleine noch nichts über den Schweregrad einer depressiven Episode aus. Es ist zwar durchaus möglich, dass bei der Beschwerdeführerin nach der Erstellung des Gutachtens wiederum temporäre Verschlechterungen des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten sind. Jedoch geht auch aus den Austrittsberichten der G. ___ vom 1. Juli 2016 (IV-Nr. 78, S. 8) sowie vom 28. November 2016 (IV-Nr. 90) nicht hervor, dass bei der Beschwerdeführerin eine andauernde Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit eingetreten wäre, die es rechtfertigen würde, vom Mittelwert einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit abzuweichen. Zudem ist festzuhalten, dass die beiden vorgenannten stationären Hospitalisierungen jeweils von kurzer Dauer waren und sich die Beschwerdeführerin nur sehr sporadisch bei Dr. med. D. ___ in psychiatrische Behandlung begibt, was ebenfalls gegen eine andauernde Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes spricht. Nachdem somit keine relevante andauernde Verschlechterung erstellt ist, kann am Gutachten von den Dres. E. ___ und F. ___ vom 19.

November 2015 auch unter diesem Gesichtspunkt festgehalten werden, auch wenn, wie von der Beschwerdeführerin gerügt wurde, im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 14. März 2017 bereits anderthalb Jahre seit der gutachterlichen psychiatrischen Untersuchung im August 2015 vergangen waren.

Auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____ vom 19. November 2015 kann demnach vollumfänglich abgestellt werden.

9. Neben den medizinischen Berichten stützt sich die Beschwerdegegnerin auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 20. Juni 2016 (IV-Nr. 73). Die von einer qualifizierten Person durchgeführte Abklärung vor Ort (nach Massgabe des Art. 69 Abs. 2 IVV; vgl. auch Rz. 3084 ff. des Kreisschreibens des BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH; in der ab 1. Januar 2011 geltenden Fassung]) stellt für gewöhnlich die geeignete und genügende Vorkehr zur Bestimmung der gesundheitlichen Einschränkung im Haushalt dar (Urteil 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86). Hinsichtlich des Beweiswertes der entsprechenden Berichterstattung ist wesentlich, dass sie durch eine qualifizierte Person erfolgt, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel, begründet und angemessen detailliert bezüglich der einzelnen Einschränkungen sein sowie in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen (Urteil [des Eidg. Versicherungsgerichts] I 90/02 vom 30. Dezember 2002 E. 2.3.2, nicht publ. in: BGE 129 V 67, aber in: AHI 2003 S. 215). Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (vgl. - generell - BGE 125 V 404 E. 3; bei Abklärung der gesundheitlichen Behinderung der im Bereich der Haushaltsführung tätigen Personen nach Art. 27 IVV: vgl. Urteil EVG v. 4.9.2001 i.S. S., E. 4a, I 175/01 sowie Urteil EVG v. 16.4.2002 i.S. M., E. 4, I 316/00).

Im vorliegenden Fall wurde beim Abklärungsbericht vom 20. Juni 2016 auf eine Abklärung vor Ort verzichtet, nachdem die Abklärungsfachfrau offenbar mehrfach vergeblich versuchte, mit der Beschwerdeführerin einen Termin zu vereinbaren (vgl. Protokolleinträge vom 18. und 31. Mai 2016 sowie vom 3. Juni 2016, S. 2). Stattdessen wurde die Einschätzung aus dem Abklärungsbericht Haushalt vom 5. November 2012 (IV-Nr. 39) einer Einschränkung von 11 % übernommen. Bezüglich des Beweiswertes des vorliegenden Haushalts-Abklärungsberichtes ist festzuhalten, dass dieser durch eine qualifizierte Person verfasst wurde, welche Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnissen sowie den in diesem Zeitpunkt vorhandenen medizinischen Unterlagen hatte. Die aktuelle Abklärung fand zwar nicht vor Ort statt, der Abklärungsbericht wurde aber von der gleichen Abklärungsfachfrau verfasst, die auch die Abklärung im Jahr 2012 vor Ort durchgeführt hatte. Die Abklärungsfachfrau hatte demnach Kenntnis von den örtlichen und räumlichen Verhältnisse. Zudem wurden die familiären Verhältnisse und Möglichkeiten der familieninternen Mithilfe im Haushalt einbezogen und gewürdigt und darauf hingewiesen, dass bei der Abklärung im Jahr 2012 der Sohn noch in der gleichen Wohnung gelebt habe,

heute handle es sich um einen Zweipersonen-Haushalt. Die Beschwerdeführerin und ihr Ehemann lebten immer noch in der gleichen Wohnung, die Verhältnisse hätten sich nur gering geändert, indem der Sohn nicht mehr im gleichen Haushalt lebe. Die Einschränkung im Haushalt falle heute sicher geringer aus. Diese Argumentation vermag zu überzeugen, zumal in diesem Zusammenhang auf die im Haushalt besonders bedeutsame Schadenminderungspflicht der Familienangehörigen hinzuweisen ist (vgl. BGE 133 V 504 E. 4.2 S. 509 f.). In diesem Zusammenhang ist zudem auf die Ausführungen aus dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. E.____ zu verweisen, wonach bezüglich Haushaltstätigkeit entsprechend der Haushaltsabklärung durch die IV-Stelle Solothurn im Jahre 2012 von einer maximalen Einschränkung von 10 % ausgegangen werden könne. Aus rheumatologischer Sicht hielt Dr. med. E.____ weiter fest, die von der Explorandin beschriebenen Einschränkungen im häuslichen Alltag seien durch die rheumatologischen objektivierbaren Befunde nur schwierig und nicht hinreichend erklärbar. Auch die Notwendigkeit des sich Hinlegens mehrmals pro Tag und die angegebene Unmöglichkeit des vermehrten Ausübens von Haushaltstätigkeiten könnten durch den Untersucher nicht nachvollzogen werden, vielmehr dürften hierbei auch die psychiatrische Grundproblematik sowie die weiterhin deutlich vorliegenden psychosozialen Belastungsfaktoren eine mitentscheidende Rolle spielen. Damit kann aus somatischer Sicht davon ausgegangen werden, dass die Einschränkungen im Haushalt im Vergleich mit der letzten Abklärung kaum zugenommen haben. Des Weiteren wurde aus psychiatrischer Sicht im Gutachten von Dr. med. F.____ im ausserhäuslichen Bereich zwar eine Verschlechterung postuliert, aber auch er kam zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei aus psychischer Sicht in ihrer Haushaltstätigkeit nicht eingeschränkt. Im Lichte dieser Erwägungen durfte die Beschwerdegegnerin deshalb ausnahmsweise auf eine Abklärung vor Ort verzichten, zumal es sich vorliegend hauptsächlich um psychische Einschränkungen handelt, womit auf den Grundsatz hinzuweisen ist, dass in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen im Zusammenhang mit psychischen Beschwerden mehr Gewicht einzuräumen ist als dem Bericht über die Haushaltsabklärung, weil es der Abklärungsperson regelmässig nur beschränkt möglich ist, das Ausmass des psychischen Leidens und der damit verbundenen Einschränkungen zu erkennen (Urteil 9C_201/2011 vom 5. September 2011 E. 2 mit diversen Hinweisen, in: SVR 2012 IV Nr. 19 S. 86).

Zusammenfassend ist somit festzustellen, dass der Abklärungsbericht vom 20. Juni 2016 im Resultat überzeugend ausgefallen ist und den aus medizinischer Sicht festgestellten Einschränkungen angemessen Rechnung trägt. Es kann deshalb grundsätzlich auf die Invaliditätsbemessung im Abklärungsbericht abgestellt werden, wobei die Statusfrage ■ Verhältnis zwischen ausserhäuslicher Tätigkeit und Haushaltstätigkeit ■ vorliegend ebenfalls umstritten und nachfolgend zu beurteilen ist.

10.

10.1 Unter den Parteien ist strittig, ob die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall, wie von der Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid angenommen, zu 60 % ausserhäuslich und zu 40 % im Haushalt, oder aber, wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht, zu 100 % ausserhäuslich tätig wäre.

Ob eine versicherte Person als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige oder als Nichterwerbstätige einzustufen ist ■ was je zu einer anderen Methode der Invaliditätsbemessung (Einkommensvergleich, Betätigungsvergleich, gemischte Methode) führt ■, ergibt sich aus der Prüfung, was sie ■ bei den im Übrigen unveränderten

Umständen ■ täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde (BGE 125 V 146 E. 2c). Bei einer im Haushalt tätigen versicherten Person im Besonderen entscheidet sich die Frage, ob sie als ganztätig oder zeitweilig Erwerbstätige zu betrachten ist, nicht danach, ob sie vor ihrer Heirat erwerbstätig war oder nicht. Es ist vielmehr zu prüfen, ob sie ohne Invalidität mit Rücksicht auf die gesamten Umstände vorwiegend erwerbstätig oder im Haushalt beschäftigt wäre. Nebst den finanziellen Verhältnissen sind sämtliche Gegebenheiten des Einzelfalles zu berücksichtigen, wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen der versicherten Person (BGE 125 V 146 E. 2c; AHI 1997 S. 289 E. 2b). Dabei sind die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 137 V 334 E. 3.2, 117 V 194 E. 3b mit Hinweis). Die Frage nach der anwendbaren Methode beurteilt sich praxismässig nach den Verhältnissen, wie sie sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-) Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 117 V 194 E. 3b; AHI 1997 S. 289 E. 2b).

10.2 In der vorliegenden Beschwerde macht die Beschwerdeführerin geltend, mit der Geburt des Sohnes 1992 hätten ihre erheblichen psychischen Probleme begonnen. Dem Intake-Gesprächsprotokoll vom 2. September 2010 sei zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin ausgeführt habe, sie würde bei voller Gesundheit zu 100 % ausserhäuslich arbeiten. Dem gleichen Protokoll sei zu entnehmen, dass sie im Jahre 2001 einen Arbeitsversuch im Rahmen einer 100%igen Erwerbstätigkeit bei I. ___ unternommen habe. Die Folge sei indessen eine Exazerbation der Depression gewesen, so dass die Tätigkeit wieder habe aufgegeben werden müssen. Zudem sei der Sohn der Beschwerdeführerin per 30. April 2016 ausgezogen. Dadurch, dass die Abklärungsfachfrau einfach auf die Verhältnisse im Jahr 2012 abstelle, sei die Abklärungspflicht nicht wahrgenommen worden.

Den Ausführungen der Beschwerdeführerin ist entgegenzuhalten, dass aus den Akten hervorgeht, dass die Beschwerdeführerin nie in einem 100 %-Pensum gearbeitet hat, sondern immer Teilzeit, was auch aus den Beträgen im Auszug des individuellen Kontos (IK-Auszug, IV-Nr. 10) ersichtlich ist. In 2007 war sie bei zwei Arbeitgebern angestellt und hat gemäss Auszug CHF 22■490.00 als Einkommen abgerechnet, im Jahr 2008 CHF 18■032.00 und im Jahr 2009 CHF 19■199.00. Aus dem Arbeitgeberfragebogen ist sodann ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin seit 1999 in einem Pensum 8.5 Stunden pro Woche als Raumpflegerin bei der Q. ___ angestellt war (IV-Nr. 9). Zudem hat die Beschwerdeführerin anlässlich der Abklärung Haushalt im Jahr 2012 (IV-Nr. 39) angegeben, im Jahr 2007 habe sie ca. 30 ■ 40 % gearbeitet. Ohne gesundheitliche Einschränkungen würde sie heute 60 % arbeiten neben den Haushaltarbeiten, habe sie erklärt. Dies auch vor dem Hintergrund, dass sie noch nie 100 % gearbeitet habe, der Ehemann und der Sohn, die im gleichen Haushalt lebten beide 100 % arbeiteten und sie so für den Haushalt zuständig sei und auch sein möchte. Gesamthaft betrachtet erscheint es deshalb nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall in einem 100 %-Pensum ausserhäuslich tätig wäre, zumal der behauptete Arbeitsversuch bei I. ___ in einem 100 %-Pensum so weder dem Wortlaut des Intake-Protokolls noch den sonstigen Akten zu entnehmen ist. So gab der Ehemann

diesbezüglich beim Intake-Gespräch vom 2. September 2010 (IV-Nr. 4) lediglich an, die Beschwerdeführerin habe schon oft versucht, etwas anderes zu machen, z.B. bei I.____. Dies gehe aber nicht lange gut. Bei I.____ sei nach 6 Monaten Schluss gewesen. Zwar ist die langjährige psychiatrische Vorgeschichte aktenkundig und es bestehen längst keine Kinderbetreuungspflichten mehr, zumal der gemeinsame Sohn aus der Wohnung ausgezogen ist. Zudem sind die finanziellen Verhältnisse des Ehepaares mit dem Bruttoeinkommen des Ehemannes von CHF 4■000.00 (Angaben der Beschwerdeführerin, A.S. 22) eher bescheiden. Dennoch reichen alleine diese Umstände mangels anderer Hinweise nicht aus, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf ein im Gesundheitsfall ausgeübtes höheres Arbeitspensum als 60 % zu schliessen. Damit hat die Beschwerdegegnerin grundsätzlich zu Recht die gemischte Invaliditätsbemessungsmethode angewandt. Im Übrigen vermöchte eine nachträglich durch das Gericht durchgeführte Parteibefragung kein anderes Beweisergebnis zu erbringen, weshalb der diesbezügliche Antrag der Beschwerdeführerin abzuweisen ist.

10.3 Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Einkommensvergleich zu Unrecht anhand der gemischten Methode vorgenommen. In seinem Urteil vom 2. Februar 2016 habe der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (Fall-Nr. 7186/09) entschieden, dass die von der IV praktizierte und vom Bundesgericht geschützte Invaliditätsgradbemessung nach der gemischten Methode gegen die Europäische Menschenrechtskonvention EMRK verstosse und diskriminierend sei. Wie das Bundesgericht aber in der aktuellen Rechtsprechung klärend festgehalten hat, betrifft der vorgenannte Fall eine versicherte Person, welche unter dem Status einer Vollerwerbstätigen eine Invalidenrente beanspruchen konnte und diesen Anspruch zu einem späteren Zeitpunkt allein aufgrund des Umstandes verliert, dass sie wegen der Geburt ihrer Kinder und der damit einhergehenden Reduktion des Erwerbspensums für die Invaliditätsbemessung neu als Teilerwerbstätige mit einem Aufgabenbereich qualifiziert wird. Denn diese als Revisionsgrund geltende Statusänderung (Urteil 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.1, in: SVR 2013 IV Nr. 44 S. 134; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3. Aufl. 2014, N. 27 zu Art. 30 - 31 IVG) hat zur Folge, dass der Invaliditätsgrad nicht mehr anhand eines (auf Vollerwerbstätige anwendbaren) Einkommensvergleichs im Sinne von Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG (SR 830.1) ermittelt wird, sondern nach der (auf Teilerwerbstätige mit einem Aufgabenbereich anwendbaren) gemischten Methode im Sinne von Art. 28a Abs. 3 IVG, was im Falle der am Recht stehenden Versicherten zur revisionsweisen Aufhebung der Invalidenrente bzw. zur Befristung der rückwirkend zugesprochenen Rente führt (BGE 131 V 164 und BGE 125 V 413 E. 2d S. 417 f.; MEYER/REICHMUTH, a.a.O., N. 11 und 19 zu Art. 30-31 IVG). Als Verletzung von Art. 14 in Verbindung mit Art. 8 EMRK ist demnach zu betrachten, wenn die von der versicherten Person getroffenen, in den Schutzbereich des Art. 8 EMRK fallenden Dispositionen - die Geburt von Kindern und die damit (hypothetisch) verbundene teilweise Aufgabe der Erwerbstätigkeit - die einzige Grundlage des Statuswechsels bilden und aus der Änderung der Invaliditätsbemessungsmethode (Anwendbarkeit der gemischten statt der Einkommensvergleichsmethode) die revisionsweise Aufhebung der Invalidenrente(bzw. die Befristung der rückwirkend zugesprochenen Rente) resultiert (BGE 143 I 50 E. 4.1). Eine solche Konstellation ist im vorliegenden Fall jedoch nicht gegeben, da der Sohn der Beschwerdeführerin 1992 geboren wurde und die Beschwerdeführerin schon im Zeitpunkt der Erstanmeldung lediglich Teilzeit arbeitete (vgl. IV-Nr. 8 und 9). Die Anwendung der gemischten

Invaliditätsbemessung ist damit auch unter diesem Gesichtspunkt nicht zu beanstanden.

11. Schliesslich bemängelt die Beschwerdeführerin die Bemessung des Invalideneinkommens insoweit, dass kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei. Gemäss Ansicht der Beschwerdeführerin müsse berücksichtigt werden, dass sie aus somatischer Sicht nur noch wechselbelastende Tätigkeiten bewältigen könne und aus psychiatrischer Sicht offensichtlich ein instabiler Gesundheitszustand vorliege. Deshalb sei insgesamt aufgrund der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung ein Abzug von 25 % vorzunehmen.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen und soll nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Frauen, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, kein Abzug anerkannt. Ob ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, ist ■ anders als die Bemessung der Höhe eines gewährten Abzugs ■ eine Rechtsfrage, die das Gericht frei prüft (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72).

Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie, die sich im konkreten Fall nicht lohnmindernd auswirken (vgl. hierzu Urteil des Bundesgerichts 9C_380/2015 vom 17. November 2015 E. 3.2.4, mit Hinweis, zur Frage der grundsätzlichen Nachfrage nach Hilfsarbeiten gemäss Kompetenzniveau 1 auf dem massgebenden hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt) besteht kein Raum, was denn von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht wird. Aus somatischer Sicht rechtfertigt sich, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, ebenfalls kein zusätzlicher Abzug, nachdem der Beschwerdeführerin nach wie vor wechselbelastende leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar sind, worunter auch die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin im zumutbaren Pensum von 60 % fallen würde. Ob sich aus psychiatrischer Sicht ein Abzug rechtfertigt ist dagegen diskutabel. Dies kann jedoch ■ nachdem die Invaliditätsberechnung der Beschwerdegegnerin darüber hinaus nicht gerügt wurde und die angewandten Zahlen nicht zu beanstanden sind ■ offenbleiben, da selbst bei der Gewährung des höchstmöglichen Abzugs von 25 % lediglich ein Invaliditätsgrad von 27 % und damit ebenfalls kein Anspruch auf eine Invalidenrente resultieren würde.

Damit ist die angefochtene Verfügung vom 14. März 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde wird abgewiesen.

12. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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 besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.
3. Die Beschwerdeführerin hat 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

Isch

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