

Eine gegen dieses Urteil erhobene Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten hat das Bundesgericht am 29. März 2016 abgewiesen (8C_902/2015).

200 15 303 IV
SCI/SHE/SEE

Verwaltungsgericht des Kantons Bern
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung

Urteil vom 30. Oktober 2015

Verwaltungsrichter Schwegler, Kammerpräsident
Verwaltungsrichter Loosli, Verwaltungsrichter Kölliker
Gerichtsschreiber Schnyder

A. _____
vertreten durch Rechtsanwalt B. _____
Beschwerdeführerin

gegen

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

betreffend Verfügung vom 26. Februar 2015



Sachverhalt:

A.

Die 1967 geborene A. _____ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin) war über ihre berufliche Tätigkeit bei der Versicherung C. _____ nach dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG; SR 832.20) obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen sowie Berufskrankheiten versichert, als sie am 11. Oktober 2003 in einen Verkehrsunfall verwickelt wurde (Akten der IV-Stelle Bern [nachfolgend IVB oder Beschwerdegegnerin; act. II] 11/61). Die Versicherung C. _____ anerkannte ihre Leistungspflicht und kam für die Kosten der Heilbehandlung sowie die Folgen der Arbeitsunfähigkeit auf. Nach getätigten Abklärungen stellte sie mit Verfügung vom 30. April 2007 (act. II 11/17) die UVG-Versicherungsleistungen im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 11. Oktober 2003 per 30. April 2007 ein und verneinte zusätzlich den Anspruch auf weitere Geldleistungen in Form einer Invalidenrente und/oder Integritätsentschädigung. Diesen Beschluss bestätigte sie mit Einspracheentscheid vom 9. Oktober 2007 (act. II 11/2).

B.

Am 1. November 2007 meldete sich die Versicherte unter Hinweis auf ein Schleudertrauma bzw. chronische Kopf-, Nacken-, Schulter- und Rückenschmerzen bei der IVB zum Leistungsbezug an (act. II 1). Daraufhin führte diese erwerbliche und medizinische Abklärungen durch. Sie beauftragte Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. E. _____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, mit der Begutachtung der Versicherten. Gestützt auf deren Gutachten vom 30. Oktober 2008 (act. II 30) und vom 15. März 2009 (act. II 35) wies die IVB mit Verfügung vom 5. Juni 2009 (act. II 42) das Leistungsbegehren ab. Der Entscheid blieb unangefochten.

C.

Am 23. Dezember 2009 (act. II 43) stellte die psychiatrische Klinik F._____ betreffend die Verfügung vom 5. Juni 2009 ein Wiedererwägungsgesuch. Auf dieses trat die IVB mit Schreiben vom 18. Februar 2010 (act. II 49) nicht ein. Am 22. März 2010 (act. II 50) bat der Rechtsvertreter der Versicherten, Rechtsanwalt G._____, die besagte Eingabe der psychiatrische Klinik F._____ als Revisionsgesuch entgegenzunehmen und der Versicherten eine Rente zuzusprechen bzw. zusätzliche Abklärungen zu veranlassen. Die IVB holte in der Folge bei Dr. med. D._____ das Verlaufsgutachten vom 31. August 2010 (act. II 55.1) ein. Gestützt darauf stellte sie mit Vorbescheid vom 29. September 2010 (act. II 56) die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht, da keine gesundheitliche Einschränkung bestehe, welche Anspruch auf Ausrichtung einer Rente bewirke. Hiergegen erhob die Versicherte, nun vertreten durch Fürsprecher H._____, am 21. Oktober 2010 (act. II 61) Einwände. Mit Verfügung vom 16. November 2010 (act. II 63) bestätigte die IVB den mit Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid. Die hiergegen beim Verwaltungsgericht des Kantons Bern, Sozialversicherungsrechtliche Abteilung, erhobene Beschwerde wies dieses mit Urteil vom 25. März 2011 (Akten der Beschwerdegegnerin [act. IIA] 67; IV/2010/1327), bestätigt durch den Entscheid des Bundesgerichts (BGer) vom 5. Juli 2011 (act. IIA 70; 8C_375/2011), ab.

D.

Mit Neuanmeldungsgesuch vom 11. April 2014 (act. IIA 73) ersuchte die Versicherte um Neubeurteilung der Rentenfrage. Erneut tätigte die IVB medizinische Abklärungen. Nach Einholen eines rheumatologischen Gutachtens bei Dr. med. I._____, Facharzt für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 10. November 2014 (act. IIA 83.1) sowie eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. J._____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 11. November 2014 (act. IIA 82.1) stellte die IVB mit Vorbescheid vom 8. Dezember 2014 (act. IIA 85) die Abweisung des Leistungsbegehrens mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens in Aussicht, wogegen die Versicherte, nun vertreten

durch Rechtsanwalt B._____, Einwände erhob (act. IIA 89 und 91) und u.a. die Sistierung des Vorbescheidverfahrens beantragte. Mit Verfügung vom 26. Februar 2015 (act. IIA 92) entschied die IVB wie im Vorbescheid angekündigt.

E.

Mit Eingabe vom 27. März 2015 liess die Versicherte hiergegen Beschwerde erheben mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die Verfügung vom 26. Februar 2015 sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze IV-Rente, seit wann rechtens, zu vergüten.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verurteilen, der Beschwerdeführerin die Gutachterskosten im Betrag von Fr. 8'700.-- zu ersetzen.
- unter Kosten- und Entschädigungsfolgen -

Der Beschwerde beigelegt war das psychiatrische Gutachten von Dr. med. K._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 20. März 2015 (Akten der Beschwerdeführerin, Beschwerdebeilage [act. I] 5).

Die Beschwerdegegnerin stellte mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2015 folgende Rechtsbegehren:

1. Die Beschwerde vom 27. März 2015 sei abzuweisen.
2. Die Verfahrenskosten seien der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.
3. Es sei keine Parteientschädigung auszurichten.
4. Der Antrag auf Übernahme der Gutachterkosten durch die IVB sei abzuweisen.

Der Beschwerdeantwort beigelegt war eine Stellungnahme von Dr. med. J._____ vom 28. April 2015.

In einem zweiten Schriftenwechsel hielten die Parteien an ihren Rechtsbegehren fest.

Erwägungen:

1.

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

1.2 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 26. Februar 2015 (act. IIA 92). Streitig und zu prüfen ist der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

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

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

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin macht eine Verletzung des fairen Verfahrens nach Art. 6 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK; SR 0.101) sowie sinngemäss auch eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend, wenn sie zum einen die Bestellung der Gutachter kritisiert und zum anderen anbringt, es sei unverständlich, dass die Beschwerdegegnerin trotz des Sistierungsantrags die Verfügung vom 26. Februar 2015 (act. IIA 92) erlassen habe, ohne ihr Gelegenheit zu geben, im Verwaltungsverfahren ein eigenes psychiatrisches Gutachten einzuholen (Beschwerde S. 4 f. Art. 3).

2.2

2.2.1 Die Parteien haben Anspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht der Verfahrensbeteiligten beim Erlass von Verfügungen dar, die ihre Rechtsstellung betreffen. Dazu gehört insbesondere das Recht der Betroffenen, sich vor Erlass eines in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 371; Entscheid des BGer vom 18. Juli 2014, 8C_834/2013, E. 5.1).

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

Die IV-Stelle teilt der versicherten Person in einem ersten Schritt mit, dass eine Expertise eingeholt werden soll; zugleich gibt sie ihr die Art der vorgesehenen Begutachtung (poly- oder mono- bzw. bidisziplinär) sowie die vorgesehenen Fachdisziplinen und Gutachterfragen bekannt. In diesem Stadium kann die versicherte Person erst einmal (nicht personenbezogene) materielle Einwendungen gegen eine Begutachtung an sich oder gegen Art

oder Umfang der Begutachtung vorbringen (Beispiele: unnötige second opinion; unzutreffende Wahl der medizinischen Disziplinen). Ausserdem hat sie Anspruch, sich zu den Gutachterfragen zu äussern (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 275, 137 V 210 E. 3.4.2.9 S. 258). In einem zweiten Verfahrensschritt teilt die IV-Stelle der versicherten Person die durch SuisseMED@P zugeteilte Gutachterstelle (bzw. bei mono- und bidisziplinären Expertisen die von ihr ausgewählten Gutachter) und die Namen der Sachverständigen mit jeweiligem Facharztstitel mit. Mit der Bezeichnung der Sachverständigen kommt die Möglichkeit (materieller oder formeller) personenbezogener Einwendungen hinzu (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.2 S. 355, 138 V 271 E. 1.1 S. 274, 137 V 210 E. 3.4.2.7 S. 257).

2.2.3 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den die Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162). In einem solchen Vorgehen liegt kein Verstoss gegen das rechtliche Gehör gemäss Art. 29 Abs. 2 BV (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 EMRK gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94).

2.3 Die Beschwerdegegnerin hat dem damaligen Rechtsvertreter mit Kopie an die Beschwerdeführerin am 8. Juli 2014 (act. IIA 78) mitgeteilt, dass sie eine bisdisziplinäre Begutachtung für nötig erachte. Es wurde neben dem Namen der beiden vorgesehenen Gutachter auch der Fragebogen zugestellt. Von ihrem Recht, Zusatzfragen einzureichen oder Einwendungen gegen die Art der Begutachtung, die vorgesehenen Fachdisziplinen sowie die begutachtenden Personen vorzubringen, hat die Beschwerdeführerin keinen Gebrauch gemacht und sich vorbehaltlos den besagten Untersuchungen unterzogen. Die vom heutigen Rechtsvertreter vorgebrachten Einwendungen sind somit zum einen verspätet, zum anderen hat die Beschwerdeführerin selbst im heutigen Beschwerdeverfahren auch nicht dargelegt, dass den Gutachter Dr. med. J. _____ betreffende Ausstands-

gründe vorliegen würden. Ohnehin stellt der Umstand, dass ein Arzt wiederholt von einem Sozialversicherungsträger als Gutachter beigezogen wird, nach ständiger Rechtsprechung für sich allein keinen Ausstandsgrund dar (vgl. u.a. Entscheid des BGer vom 29. August 2011, 9C_418/2010, E. 1). Die höchstrichterlichen Vorgaben zur Bestellung von Gutachtern wie auch die Mitwirkungsrechte wurden damit nicht verletzt.

2.4 Die Beschwerdegegnerin stellte der Beschwerdeführerin am 8. Dezember 2014 das bidisziplinäre Gutachten sowie den Vorbescheid zu (act. IIA 85). Hierzu nahm der Rechtsvertreter am 22. Januar 2015 (act. IIA 89) und 19. Februar 2015 (act. IIA 91) Stellung. Auf eine Sistierung des Verwaltungsverfahrens, damit die Beschwerdeführerin das in Aussicht gestellte private psychiatrische Gutachten hätte einliefern können, verzichtete die Beschwerdegegnerin (vgl. act. IIA 90). Dieses Vorgehen ist zulässig. Kommt die Beschwerdegegnerin in Würdigung sämtlicher Akten zum Schluss, dass ein Entscheid gefällt werden kann, so hat sie diesen auch zu fällen. Sie muss daher nicht auf ihrer Ansicht nach unnötige weitere Beweismittel warten (vgl. E. 2.2.3 vorstehend). Das Vorbescheidverfahren wurde korrekt durchgeführt und die Beschwerdeführerin hatte mit rund zwei Monaten ab Erlass des Vorbescheids bis zu ihrer letzten Stellungnahme hinreichend Zeit, sich vernehmen zu lassen. Die Beschwerdegegnerin hat damit weder die Ansprüche auf rechtliches Gehör noch auf ein faires Verfahren verletzt.

Ob eine hinreichende Beweislage vorliegt und diese den getroffenen Entscheid stützt, ist vom Gericht im Rahmen seiner materiellen Prüfung zu klären (vgl. BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Er-

werbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG).

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

3.3

3.3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, 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. 2 und 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung vom 17. Januar 1961 [IVV; SR 831.201]). Dies gilt auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 343 E. 3.5.3 S. 351) sowie analog, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 22 E. 3b S. 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Diese Eintretensvoraussetzung soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1 S. 112).

3.3.2 Nach Eingang einer Neuanschuldung ist die Verwaltung zunächst zur Prüfung verpflichtet, ob die Vorbringen der versicherten Person überhaupt glaubhaft sind; verneint sie dies, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Dabei wird sie unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den der Richter grundsätzlich zu respektieren hat. Die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung

ist deshalb vom Gericht nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

3.3.3 Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung 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 (SVR 2011 IV Nr. 2 S. 8 E. 3.2). 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 117 V 198 E. 3a S. 198; SVR 2008 IV Nr. 35 S. 117 E. 2.1).

3.3.4 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten materiellen Beurteilung und rechtskräftigen Ablehnung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 E. 5.3 S. 112; 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

Erfolgte nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehältlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision – bei einer weiteren Neuanschuldung entgegen halten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77).

3.4 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 ha-

ben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195, 132 V 93 E. 4 S. 99).

4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 11. April 2014 (act. IIA 73) eingetreten. Folglich ist die Eintretensfrage vom Gericht nicht zu prüfen (BGE 109 V 108 E. 2b S. 114).

Zu vergleichen ist nachfolgend der Sachverhalt zur Zeit der letzten leistungsablehnenden Verfügung vom 16. November 2010 (act. II 63) mit demjenigen, der sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2015 entwickelt hat.

4.2 Die leistungsablehnende Verfügung vom 16. November 2010 (act. II 63) war sowohl vom Verwaltungsgericht (VGE IV/2010/1327) als auch vom Bundesgericht (BGer 8C_375/2011) bestätigt worden. Sie stützte sich im Wesentlichen auf die psychiatrische Verlaufsbeurteilung von Dr. med. D. _____ vom 31. August 2010 (act. II 55.1).

Darin stellte dieser die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) sowie einer mässig sozialen Integration, lange Phase von Arbeitsuntätigkeit und finanzielle Probleme (ICDE-10 Z60.3, Z59; S. 6 lit. A Ziff. 4). Hinsichtlich der Vorgeschichte seien keine neuen Tatsachen bekannt geworden. Ab Oktober 2008 habe sich bei der Beschwerdeführerin keine positive Entwicklung eingestellt. Dies gelte sowohl für die psychosomatische Erkrankung wie auch für die psychogene Seite (S. 6 lit. B).

Zusammenfassend kam Dr. med. D. _____ zum Schluss, es bestünden psychische und psychosomatische Beeinträchtigungen (S. 9 Ziff. 1). Sie würden sich negativ auf die früher ausgeübten Tätigkeiten auswirken. Im

Haushalt sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt (Ziff. 2). Im jetzigen Zustand sei ihr eine ausserhäusliche Tätigkeit zu ca. 60% zumutbar (entsprechende Stundenzahl). Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (Ziff. 5).

4.3 Der nun angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2015 (act. IIA 92) lagen im Wesentlichen folgende medizinische Berichte zu Grunde:

4.3.1 Gemäss dem Bericht des behandelnden Arztes Dr. med. L. _____ vom 6. Mai 2014 (act. IIA 75) stehe die Beschwerdeführerin seit dem 5. August 2009 in seiner ambulanten psychiatrischen Behandlung. Eine erneute psychische Dekompensation sei Ende Oktober 2013 ohne Anlass entstanden. Im Vordergrund seien eine persistierende depressive Verstimmung mit bedrückter Grundstimmung, ein hoffnungsloses und pessimistisches Verhalten, eine ausgeprägte Antriebsminderung, Gedankenkreisen, eine Energielosigkeit bei alltäglichen Aufgaben, eine übermässige Erschöpfung nach geringer Aktivität, eine soziale Isolierung und Einsamkeit sowie ein fehlendes Interesse am täglichen Leben gestanden. Aus diesen Gründen sei vom 16. Dezember 2013 bis 28. Januar 2014 eine stationäre Behandlung in der psychiatrischen Klinik M. _____ erfolgt.

4.3.2 Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik M. _____ vom 28. Januar 2014 (act. II 75/2) wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) gestellt (S. 1).

Bei Eintritt wurde eine wache, bewusstseinsklare, gepflegte und ganz in schwarz gekleidete Patientin in etwas vorgealtertem Allgemeinzustand und adipösem Ernährungszustand angetroffen. Im Beisein des Ehemannes und der älteren Tochter sei die Beschwerdeführerin wortkarg und im Gespräch sehr einsilbig gewesen. Oft habe sie nur mit Gesten geantwortet. Weiter beschrieben die Ärzte der Klinik einen leeren Blick, ohne Augenkontakt. Obwohl die Beschwerdeführerin deutsch verstehe und relativ gut sprechen würde, habe überwiegend entweder der Ehemann oder die Tochter für sie gesprochen. Allfällige Orientierungs- oder Gedächtnisstörungen seien somit nicht überprüfbar gewesen (S. 4).

Während der Hospitalisation habe eine Stimmungsverbesserung erreicht werden können. Weiter seien die akustischen Halluzinationen etwas in den Hintergrund getreten. Die Beschwerdeführerin werde jedoch nach wie vor im Alltag von diesen akustischen Halluzinationen beeinträchtigt. Während des Aufenthalts habe sie sich glaubhaft von Suizidgedanken und -plänen distanzieren können und sei absprachefähig gewesen. Weiter habe sich die Schlafqualität und -dauer verbessert. Zusammenfassend habe unter den angewendeten Therapien bereits eine dezente Stabilisierung des seelischen Zustands erreicht werden können (S. 5).

4.3.3 Der RAD-Arzt Dr. med. N._____ führte in seiner Aktenbeurteilung vom 2. Juli 2014 (act. IIA 77) aus, die Symptomatik scheine seit der letzten Begutachtung durch Dr. med. D._____ geändert zu haben. Habe damals noch die Schmerzproblematik im Vordergrund der Beschwerden gestanden, so sei heute davon nichts mehr erkennbar. Es würden keine Schmerzen mehr erwähnt. Die psychiatrische Klinik M._____ notiere in ihrem Bericht „derzeit schmerzfrei“. Dagegen stünden die Beschwerdeschilderungen der jetzt „schweren“ depressiven Störung ganz im Vordergrund. Es sei sehr ungewöhnlich, dass eine somatoforme Schmerzstörung „verschwinde“, insofern seien die aktuellen Berichte für ihn (Dr. med. N._____) „nicht nachvollziehbar“. Dass die depressive Symptomatik schwerer geworden sei, trotz hochdosierter Antidepressiva-Behandlung in Kombination mit Neuroleptika, sei für ihn ebenfalls unverständlich. Daher sei eine bidisziplinäre (rheumatologische/psychiatrische) Begutachtung erforderlich, um zu einer objektiven fachärztlichen Beurteilung zu kommen (S. 2 f.).

4.3.4 Dr. med. I._____ stellte in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 10. November 2014 (act. IIA 83.1) keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 Ziff. 4.1). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierte er ein Lumbovertebralsyndrom mit/bei altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der LWS, aktenanamnestisch einen Status nach Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache mit/bei anamnestisch Rückgang dieser Beschwerden vor ca. zwei bis drei Jahren unter der psychiatrischen Medikation auf alleinig heute bestehende morgendliche lumbale leichte Restbeschwerden, sowie eine Adi-

positas und den Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom beidseits mit lediglich intermittierend subjektiven Parästhesien (Ziff. 4.2).

Die Beschwerdeführerin gebe an, am Morgen beim Aufstehen Schmerzen in der Lumbalregion mit Ausstrahlung in beide Beckenseiten zu haben. Dies seien eigentlich nicht richtige Schmerzen, sondern es fühle sich an, wie wenn sie „verstopft“ wäre. Dies sei eigentlich nur am Morgen beim Aufstehen vorhanden. Durch den Tag sei dies dann verschwunden. Die anderen Schmerzen, welche sie früher überall gehabt habe, seien nicht mehr vorhanden (S. 14). Aufgrund des Verlaufes könne gesagt werden, dass über viele Jahre ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne organische Ursache vorgelegen habe. Dies entspreche einer Schmerzschwellenstörung oder der Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung, falls die psychiatrischen Kriterien erfüllt seien. Eine körperliche Schwerarbeit sei in Anbetracht dieser Diagnose ungünstig. Der Beschwerdeführerin sei jede körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit vollschichtig zumutbar, d.h. es bestehe für eine derartige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% (S. 23 f.). Berufliche Massnahmen seien nicht indiziert, die Beschwerdeführerin halte sich für vollständig arbeitsunfähig. Vor diesem Hintergrund seien berufliche Massnahmen wenig sinnvoll, denn sie seien zum Scheitern verurteilt (Ziff. 5.6).

4.3.5 Dr. med. J. _____ diagnostizierte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 11. November 2014 (act. IIA 82.1) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (act. IIA F33.1; S. 13 Ziff. 6.1).

Die Untersuchung der Beschwerdeführerin habe ohne ihren Ehemann, von dem sie zur Begutachtung begleitet worden sei, stattgefunden. Die leicht älter aussehende, leicht adipöse und in schwarz gekleidete Beschwerdeführerin verfüge über sehr gute Deutschkenntnisse, so dass die Dienste der Dolmetscherin nur selten gebraucht worden seien. Während der ganzen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin kaum Blickkontakt aufgenommen. Die Stimmung sei herabgesetzt, bedrückt und depressiv gewesen. Der affektive Kontakt zur Dolmetscherin und zum Untersucher sei distanziert geblieben, der Antrieb sei leichtgradig vermindert gewesen. Die Beschwerdeführerin habe einen wachen Eindruck vermittelt und sei bewusst-

seinsklar gewesen. Zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person sei sie sehr gut orientiert gewesen. Sie habe sich differenziert ausgedrückt. Während der ganzen Untersuchung habe sie nie Zeichen von Konzentrationschwäche gezeigt und habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt gewesen. Weiter seien ihre Ausführungen anschaulich gewesen und sie habe kein Gedankenabreissen, Neoglismen oder Gedankenleere gezeigt. In ihren Schilderungen seien keine Hinweise auf überwertige Ideen erkennbar gewesen. Wahnhafte Denken oder Wahnvorstellungen seien nicht vorhanden gewesen. Anhaltspunkte für illusionäre Verkennungen oder optische, olfaktorische oder taktile Halluzinationen hätten nicht vorgelegen. Die Beschwerdeführerin habe einen klaren und guten Bezug zur Realität und zu ihrer Person gezeigt. Gegenüber ihrer Umgebung habe sie sich klar abgrenzen können. Gedankenausbreitung oder Fremdbeeinflussungserlebnisse seien nicht vorhanden gewesen. Zwangsgedanken habe sie nicht geäussert und Hinweise für Zwangshandlungen hätten nicht vorgelegen. Aus ihren Schilderungen hätten sich keine Hinweise auf Veränderungen der Stimmung und des Antriebes im Laufe des Tages ergeben (S. 12 f. Ziff. 4).

Die Beschwerdeführerin befinde sich in ambulanter psychiatrischer Behandlung, ein- bis zweimal pro Monat finde ein Gespräch statt. Sie werde antidepressiv behandelt. Wiederholt sei es in der Vergangenheit zu stationären psychiatrischen Behandlungen gekommen. Bei Eintritt zur Hospitalisation Ende 2013 in der psychiatrischen Klinik M._____ sei die Beschwerdeführerin depressiv gewesen. Dem Bericht sei aber auch zu entnehmen, dass sie motiviert und engagiert an den Therapien teilgenommen und das depressive Zustandsbild sich gebessert habe (S. 13 Ziff. 7).

Gemäss klinischer Erfahrung seien depressive Störungen behandelbar. Es habe sich auch gezeigt, dass sich die Depression im Rahmen der stationären Therapie deutlich gebessert habe. Die Beschwerdeführerin sei aber nicht motiviert, in die Berufswelt zurückzukehren, habe mit der Berufswelt abgeschlossen, sei an ihrem Wohnort isoliert, habe schon vor ihrem Ausscheiden aus der Berufswelt kaum ausserfamiliäre Kontakte gepflegt und die Familienmitglieder würden den ganzen Tag arbeiten. Diese zum Teil

krankheitsfremden Gründe würden wesentlich dazu beitragen, dass eine berufliche Reintegration kaum möglich sei (S. 15).

Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung, zurzeit mittelgradige depressive Episode, sei die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin leide unter depressiven Verstimmungen, der Antrieb sei leichtgradig vermindert und sie fühle sich minderwertig. Es fänden sich keine Hinweise auf eine schwere depressive Episode. Sie könne in der Regel gut schlafen, könne am Morgen gut aufstehen und die Beziehung zu den Familienmitgliedern sei gut. Leichte Haushaltsarbeiten seien möglich. Suizidalität werde verneint. Die geklagten Ängste, die angstbesetzten Träume und das Hören von Stimmen, die sie kritisieren würden, seien im Rahmen der depressiven Störung zu sehen. Eine eigentliche Angststörung oder eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis liege nicht vor (S. 15 Ziff. 8.1). In den früheren Tätigkeiten als ... und ... bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 40%. Im Haushalt bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 8.2). Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht seit Jahren vermindert sei. Bereits Dr. med. D. _____ habe in seinem Gutachten vom 31. August 2010 eine Arbeitsunfähigkeit von 40% attestiert. Der Verlauf depressiver Störungen sei naturgemäss schwankend, Hinweise auf langandauernde schwere depressive Episoden würden fehlen. Die Depression habe sich jeweils unter stationärer Behandlung immer rasch zurückgebildet. Somit bestünden keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit während längerer Zeit in einem höheren Ausmass eingeschränkt gewesen sei (S. 15 f. Ziff. 8.3). Bei der Tätigkeit als Hausfrau, bei der die Beschwerdeführerin die Arbeit in vertrauter Umgebung und selbstbestimmt leisten könne, sei die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Tätigkeiten, bei denen sie im intensiven sozialen Kontakt stehe, seien ungeeignet (Ziff. 8.4).

4.3.6 In dem von der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren angekün­digten und im vorliegenden Verfahren aufgelegten psychiatrischen Gutachten vom 20. März 2015 (act. I 5) führt Dr. med. K. _____ aus, es bestehe kein Zweifel, dass die Beschwerdeführerin unter einer depressiven Störung leide. Die Bedingungen zur Annahme einer schweren depressiven Episode seien klar erfüllt. Weiter erfülle die Beschwerdeführerin die Kriteri-

en für eine Somatisierungsstörung, wobei aktuell eher Symptome einer somatoformen autonomen Funktionsstörung (ICD-10 F45.3) im Vordergrund stünden (S. 35 f.)

Die Beschwerdeführerin zeige leider ein so tief sitzendes Misstrauen, dass sie sich auch in der aktuellen Begutachtung nur ansatzweise habe öffnen können. Die Hinweise auf eine tief sitzende Diskriminierungserfahrung könnten Verhalten und zunehmende Erstarrung der Beschwerdeführerin erklären. Sie sprächen dafür, dass sie aktuell nicht leistungsfähig sei. Im Gefolge der ängstlich-depressiven Störung und der Somatisierungsstörung, der Kränkungs-erlebnisse und dem erbitterten Kampf um ihr Recht habe sie eine schwer regressive Entwicklung durchgemacht, die sich verselbständigt habe. Retrospektiv sei es kaum möglich, die Leistungsfähigkeit konkret einzuschätzen. Bis zum Aufenthalt in Bellikon habe sie immerhin noch gearbeitet. Nach Austritt habe wahrscheinlich noch eine Teilarbeitsfähigkeit bestanden. Wie hoch und wie lange sei kaum rekonstruierbar. Nehme man Bezug auf die Informationen über Verhalten und Alltag in den zeitnahen Berichten und Gutachten, sei die Leistungsfähigkeit vermutlich ab einem Zeitraum zwischen 2010 und 2012 gar nicht mehr gegeben gewesen (S. 39).

4.3.7 In der im Rahmen der Beschwerdeantwort von der Beschwerdegegnerin beim Gutachter Dr. med. J. _____ eingeholten Stellungnahme vom 28. April 2015 (in den Gerichtsakten) führt dieser aus, die Beschwerdeführerin sei von ihm explizit nach dem Vorhandensein von Schmerzen oder anderen somatischen Beschwerden und Einschränkungen im Rahmen der Untersuchung bei ihm (Dr. med. J. _____) befragt worden. Explizit habe sie das Vorhandensein von Schmerzen oder anderen somatischen Beschwerden verneint. Es sei daher nicht nachvollziehbar, dass aufgrund nicht geklagter somatischer Beschwerden, die im Übrigen auch in allen anderen ärztlichen Berichten nirgendwo genannt würden, nun plötzlich eine Somatisierungsstörung postuliert werde. Die Diagnose einzig aufgrund eines Selbstbeurteilungsfragebogens zu stellen sei nicht zulässig. Gemäss ICD-10 könne eine Somatisierungsstörung dann diagnostiziert werden, wenn die betreffende Person multiple somatische Beschwerden vorweise, die meist während Jahren zu somatisch orientierten Untersu-

chungen und Behandlungen geführt hätten. Dies sei bei der Beschwerdeführerin keineswegs der Fall. Wenn sie nicht aktiv über körperliche Beschwerden geklagt habe, auch nicht im Rahmen der durchgeführten ambulanten stationären Behandlungen, könne die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung oder einer Somatisierungsstörung mit Sicherheit nicht gestellt werden. Daher erübrige sich auch eine Stellungnahme zu den Foerster-Kriterien (S. 2).

Die Beurteilung des Schweregrades einer Depression sei naturgemäss schwierig, umso mehr, da depressive Störungen einen schwankenden Verlauf zeigen würden und somit bei den durchgeführten Untersuchungen jeweils nur eine Momentaufnahme möglich sei. Es sei aber zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin beispielsweise in der psychiatrischen Klinik M. _____, wo sie von Dezember 2013 bis Januar 2014 behandelt worden sei, regelmässig und mit grosser Motivation an den Therapien teilgenommen habe, und dass eine Stabilisierung des Zustandes habe erreicht werden können. Es sei auch zu erwähnen, dass sie zwar über einen Lebensverleider geklagt habe, sich aber explizit von Suizidgedanken distanziert habe (S. 2 f.). Gemäss ICD-10 sei für die Diagnose einer schweren depressiven Episode entweder eine erhebliche Verzweiflung oder/und Agitiertheit oder eine ausgeprägte Hemmung feststellbar. Es sei auch zu erwähnen, dass die Beschwerdeführerin nicht unter Schlafstörungen leide, sich selbstständig versorgen könne und in der Lage sei, kleine Mahlzeiten zuzubereiten. Auch sei die Beziehung mit ihren Familienangehörigen nach wie vor gut. Sie sei zwar wiederholt stationär psychiatrisch behandelt worden. Die stationären Behandlungen hätten nicht sehr lange gedauert, das depressive Zustandsbild habe sich im Rahmen der stationären Behandlungen gebessert, was auch ein Hinweis dafür sei, dass sie nicht an einer schweren, rezidivierenden, therapieresistenten depressiven Störung mit lang anhaltenden schweren depressiven Episoden leide. Auch wenn gelegentlich schwerere depressive Phasen auftreten könnten, sei das Bild einer schweren, rezidivierenden, therapeutisch kaum beeinflussbaren depressiven Störung nicht vorhanden. Somit könne im Verlauf nicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der depressiven Störungen ausgegangen werden (S. 3).

Zusammenfassend halte er fest, dass er auch in Anbetracht der in der Zwischenzeit eingegangenen Akten an den Schlussfolgerungen in seinem Gutachten festhalte (S. 3).

4.4 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (SVR 2010 IV Nr. 58 S. 178 E. 3.1; AHI 2001 S. 113 E. 3a).

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

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

welche Einschätzung letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110).

Ein Parteigutachten ist ein Gutachten, das entweder von der am Prozess beteiligten Partei selber erstellt worden ist (z.B. Gutachten der Unfallabteilung der SUVA in einem eigenen Streitfall) oder von einer Partei bei einem Sachverständigen eingeholt und im Verfahren aufgelegt wird (BGE 115 V 62). Dabei ist der Beweiswert eines solchen Gutachtens nicht schon deshalb zweifelhaft, weil es von einer Partei ins Verfahren eingebracht wird (BGE 125 V 351 E. 3b dd S. 353, 122 V 157 E. 1c S. 161; RKUV 1993 U 167 S. 96 E. 5a; ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Ein Parteigutachten besitzt nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Es verpflichtet indessen das Gericht, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354; SVR 2013 IV Nr. 40 S. 119 E. 2). Dieselbe Prüfungspflicht obliegt dem Richter, wenn mit einem Privatgutachten Einwendungen gegen eine von einer IV-Stelle im Rahmen des Abklärungsverfahrens eingeholte Expertise erhoben werden, insbesondere gegen solche einer spezialisierten unabhängigen Abklärungsstelle (AHI 2001 S. 115 E. 3c).

4.5 Die Beschwerdegegnerin hat in der hier angefochtenen Verfügung vom 26. Februar 2015 (AB 92) im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Dres. med. I. _____ und J. _____ vom 10. und 11. November 2014 (AB 82.1 und 83.1) abgestellt. Dieses erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens gestellten Anforderungen (vgl. E. 4.4. hiervor), weshalb ihm volle Beweiskraft zukommt. Die Fachärzte haben sich in ihren Beurteilungen sorgfältig mit den gesundheitlichen Einschränkungen auseinandergesetzt sowie ihre Schlussfolgerungen und Einschätzungen gestützt auf ihre Untersuchung, welche unter Beizug einer Übersetzerin stattfand, sowie die Akten in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise dargelegt. Sie hatten

Kenntnis von allen Vorakten und haben sämtliche ihnen zur Verfügung stehenden Informationen in ihrer Beurteilung gewürdigt. Die Ausführungen in den Beurteilungen der medizinischen Zusammenhänge sind einleuchtend und die gezogenen Schlussfolgerungen zum Gesundheitszustand überzeugend begründet. Dem bidisziplinären Gutachten kommt voller Beweiswert zu. Die Beschwerdegegnerin war, entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 4 Abs. 1), damit nicht gehalten, weitere Abklärungen zu veranlassen (vgl. auch E. 2.4 hiervor).

Das rheumatologische Gutachten von Dr. med. I. _____ vom 10. November 2014 (AB 83.1) ist zu Recht unbestritten. Nichts an der Verwertbarkeit des bidisziplinären Gutachtens ändert aber auch die Kritik der Beschwerdeführerin an der psychiatrischen Begutachtung.

4.5.1 Der Vorwurf der Beschwerdeführerin, das Gutachten von Dr. med. J. _____ sei oberflächlich und knapp ausgefallen (vgl. Beschwerde S. 6 Art. 5 Abs. 1), trifft nicht zu. Neben einer Aktenzusammenfassung und den Befragungsergebnissen umfasst es die Anamnese, Befunderhebung sowie die Beurteilung (inkl. Konsensbesprechung und Auseinandersetzung mit früheren medizinischen Unterlagen). Auch der Einwand seitens der Beschwerdeführerin, Dr. med. J. _____ habe allein eine 70-minütige Exploration vorgenommen, was nicht genüge, verfängt nicht. So gibt es gemäss ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung (vgl. z.B. Entscheid des BGER vom 15. Mai 2014, 8C_660/2013, E. 4.2.3) keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration. Entscheidend ist vielmehr, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss. Diese Voraussetzungen erfüllt das Gutachten von Dr. med. J. _____. Dass der Gutachter bei bereits umfangreicher anamnestischer Sachlage zum Umfeld der Beschwerdeführerin (psychosozialer Kontext) und gleichermassen bekannter Darstellung der Sachlage durch die Angehörigen auf die Befragung von Angehörigen verzichtete, ist nicht zu beanstanden. Gleichermassen ist angesichts der Aktenlage auch nicht zu beanstanden, dass er mit dem derzeit behandelnden Arzt keine Rücksprache nahm, zumal der unterzeichnende Dr. med. L. _____ (vgl. AB 75/1

i.V.m. act. IIA 82.1/9) weder im FMH-Ärzteindex (vgl. <http://www.fmh.ch/index.html>) noch im Medizinalberuferegister (vgl. <http://www.medregom.admin.ch/>) verzeichnet ist.

Die Kritik der Parteigutachterin Dr. med. K. _____ (vgl. etwa act. I 5 S. 35) und des Rechtsanwalts der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 6 Art. 5), Dr. med. J. _____ habe keine hinreichende Befundaufnahme bzw. keine hinreichende Aufnahme des psychosozialen Status gemacht, trifft nicht zu. Vielmehr ist, werden insbesondere die Ziff. 3.8 und 3.9 des Gutachtens betrachtet, festzustellen, dass eine sorgfältige Erhebung und Niederschrift von Befundlage und psychosozialen Status erfolgte, die zudem weitgehend mit jener der Parteigutachterin übereinstimmt. Dass die Darstellung der Parteigutachterin im Vergleich quantitativ umfassender erscheint, ändert an der Vollständigkeit der Erhebungen durch Dr. med. J. _____ nichts, zumal die Beschreibung z.B. des normalen Tagesablaufs in der Beurteilung von Dr. med. K. _____ fehlt. Der Gutachter Dr. med. J. _____ hat denn auch - entgegen der Beschwerdeführerin - nicht eine mittelgradige depressive Episode „geschätzt“. Vielmehr hat er auf der Basis der umfangreichen Vorakten sowie seiner Untersuchungsergebnisse nachvollziehbar dargelegt, weshalb eine schwere depressive Episode auszuschliessen ist. Diese Schlussfolgerung konkretisierte er zudem in seiner Stellungnahme vom 28. April 2015. Dies hat auch vor dem Hintergrund der Berichte der behandelnden Ärzte Bestand. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Replik S. 2) ist denn auch die Schlussfolgerung von Dr. med. J. _____, im Haushalt bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, unter Berücksichtigung der Akten nachvollziehbar und überzeugend.

Aufgrund des Dargelegten überzeugt das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J. _____ nicht nur von der Vorgehensweise her (inkl. Übersetzung), sondern auch inhaltlich.

4.5.2 Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin stellt die Beurteilung von Dr. med. K. _____ weder eine zumindest gleich überzeugende noch gar eine überzeugendere Beurteilung als das Gutachten dar. Im Gegenteil, zeigen sich in dieser Privatbegutachtung erhebliche Mängel.

Die Erhebungen der Parteigutachterin stellen keine strukturierte psychiatrische Befunderhebung dar. Bereits auf anamnestischer Ebene hat sich die Gutachterin in der Untersuchung vielmehr mit Fragen nahe der Suggestion (vgl. insbesondere S. 21 [„Kann es sein, dass damals etwas ganz schief gelaufen ist?“]) auf die Explorandin eingelassen und sich in der Beurteilung von der rein empathischen, der Therapeutin vorbehaltenen Haltung nicht mehr lösen können (vgl. z.B. S. 21 [„Ich teile Frau ... mit, dass mich ihr Kampf beeindrucken würde und frage sie, ...“]). Gerade diese Äusserungen von Dr. med. K. _____ zeigen, dass auch sie die Problematik wesentlich in der Reaktion auf die psychosozialen Umstände (insbesondere auch die Verweigerung von staatlichen Leistungen) begründet sieht, ohne schliesslich jedoch den Gesundheitsschaden davon zu abstrahieren.

Zwar hat Dr. med. K. _____ das Gutachten Henningsen (vgl. u.a. S. 30) und dessen Indikatoren erwähnt. Dieses Gutachten war mit einer wesentlichen Grundlage für die Rechtsprechungsänderung des Bundesgerichts betreffend die Beurteilung psychosomatischer Störungen (vgl. BGE 141 V 281). In ihrer Beurteilung hat sie jedoch ausser Acht gelassen, dass - wie das Bundesgericht nun durchaus mit Deutlichkeit bestätigt hat (BGE 141 V 281 E. 2 S. 285 ff.) - (auch weiterhin und verstärkt) zunächst immer der psychiatrische Gesundheitszustand als solcher hinreichend erhoben und die Diagnosen unter einlässlicher und nachvollziehbarer Begründung nach den medizinischen Diagnoserichtlinien einzuordnen sind. Dies ist, um die Diagnose und Beurteilung des Gesundheitsschadens auf erster Ebene zu sichern, zwingend notwendig.

Die Parteigutachterin legte ihrer Beurteilung nicht eine um die psychosozialen Aspekte bereinigte und sich an den diagnostischen Leitlinien orientierende medizinische Synthese zugrunde. Vielmehr führt sie aus, sowohl die diagnostische Einordnung als auch die Fragen der Konsequenzen, speziell mit Blick auf die Leistungsfähigkeit und die Prognose seien schwierig, weil es sich nicht um eine Bilderbuchsymptomatik einer psychischen Störung nach ICD-10 handle (S. 35). Auch wenn Dr. med. K. _____ zutreffend darlegt, welche Schritte bei der psychiatrischen Beurteilung zu beachten sind, hat sie selber diese dann gerade nicht eingehalten. So hat sie in ihrer Würdigung weder die psychosozialen Umstände noch die klar vorhandene

Aggravation ausgeschieden und sich auch nicht mit dem hinsichtlich der Auffassungsgabe inkonsistenten und unglaubwürdigen Verhalten auseinandergesetzt. Dr. med. K. _____ hat direkt auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin und ihres Umfeldes abgestellt, ohne dies medizinisch kritisch zu hinterfragen. Im Parteigutachten fehlt denn auch eine Auseinandersetzung mit der seit Jahren festgestellten Malcompliance zur (Pharmako-)Therapie (S. 27: sie nehme die Medikamente und S. 22; vgl. hierzu auch den Laborbefund in AB 82.1 S. 13 und AB 82.2). Die frühere Behauptung des damals advokatorisch auftretenden Psychiaters Dr. med. O. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, es gebe Patienten, bei denen der Medikamentenspiegel keine Aussage zulasse (vgl. act. II 64/15 S. 4 und act. IIA 68/29 S. 3), wurde denn auch zu Recht nie mehr vorgetragen. Die Therapie wird nicht konsequent durchgeführt. Wurde die Therapie hingegen zuweilen konsequent (stationär) durchgeführt, so hatte dies jeweils auch in den seit der letzten Beurteilung erfolgten Behandlungen sofort positive Wirkungen. Die Beurteilung der Parteigutachterin, es liege eine unumkehrbare und unüberwindbare psychiatrische Störung vor, überzeugt damit nicht.

Die Parteigutachterin hat schliesslich die angebliche Unterdrückung einer Volksgruppe in der Heimat der Beschwerdeführerin thematisiert (S. 38, 39) und dies anschliessend zur Grundlage ihrer Beurteilung gemacht. Sie hat dabei jedoch nicht beachtet, dass die Beschwerdeführerin seit langer Zeit in der Schweiz ansässig ist, hier auch durchaus in hohem Mass gearbeitet hat und zudem (auch) in der privatgutachterlichen Erhebung keinerlei Anzeichen für entsprechende Probleme aufscheinen. Diese Annahme von Dr. med. K. _____ stellt damit eine reine Hypothese dar. Das Parteigutachten überzeugt auch von daher nicht.

Wenn die Beschwerdeführerin schliesslich den Umstand, dass die Parteigutachterin Fragebögen für die Beschwerdeführerin ausgefüllt hat, als Qualitätskriterium der Begutachtung anführt, so kann ihr nicht gefolgt werden. Dass bei an sich weder bei Dr. med. J. _____ noch dann bei der Parteigutachterin K. _____ spontan geäusserten körperlichen Beschwerden ein hoher Wert für somatoforme Schmerzäusserungen entstehen soll (anders dann Hamilton Depressionsskala Ziff. 12), überzeugt nicht. Gleicher-

massen nicht überzeugend sind die Werte der Hamilton Depressionsskala, wenn etwa bei einer sich (hierzu) gar nicht äussernden Beschwerdeführerin der Wert für Schuldgefühle auf 4 bzw. für Angst auf 3 gesetzt wird.

4.5.3 Die Kritik von Dr. med. K. _____ an den Gutachtern Dr. med. D. _____ wie auch Dr. med. J. _____ (S. 35, 39) verfängt nicht. Wie dieses Gericht bereits im Urteil vom 25. März 2011 (VGE IV/2010/1327) festgehalten hat, hatte Dr. med. D. _____ die tatsächliche Situation durchaus korrekt und in Übereinstimmung mit den früheren Arztberichten erfasst (E. 4.1). Das Gericht hat in der Folge basierend auf der gesamten Aktenlage einlässlich dargelegt, dass und wieweit den geklagten Beschwerden invalidenversicherungsrechtlich Relevanz zukommt (E. 4.2). Auch wenn das Bundesgericht mit BGE 141 V 281 eine Rechtsprechungsänderung vorgenommen hat, so hatte dieses Gericht bereits im damaligen Urteil nicht allein zufolge der damals noch gültigen (anhand der Foersterkriterien widerlegbaren) Vermutung der Überwindbarkeit die Einschätzung der Invalidenversicherung bestätigt, sondern vielmehr die Überwindbarkeit umfassend geprüft und im Sinne der heute gültigen Indikatoren dargelegt, dass es letztlich die von den psychosozialen Umständen getragene Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin war, die die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit be- bzw. verhinderte (vgl. VGE IV/2010/1327 E. 4.2 f.). Daran hat sich weder in tatsächlicher noch in den daraus invalidenversicherungsrechtlich zu ziehenden Schlüssen (BGE 141 V 281 E. 3.7.1) etwas geändert.

4.6 Nachfolgend ist zu prüfen, ob seit der letzten Verfügung vom 16. November 2010 (act. II 63) hinsichtlich der medizinischen oder erwerblichen Verhältnisse eine wesentliche Veränderung eingetreten ist. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass eine mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern unter Umständen auch dann vorliegen kann, wenn in dem für die (Invaliditätsbe- messungs-) Methodenwahl massgeblichen hypothetischen Sachverhalt wesentliche Änderungen eingetreten sind (Statuswechsel, Veränderung der Tätigkeitsanteile; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 350, 117 V 198 E. 3b S. 199).

5.

5.1 Der im Rahmen der Replik erstmals geltend gemachte angebliche Revisionsgrund der Statusveränderung (vgl. Replik S. 2 Abs. 1) ist nicht überwiegend wahrscheinlich. Wenn die Beschwerdeführerin, wie geltend gemacht, bis zur angeblichen Erkrankung im Jahr 2007 ausserhäuslich voll gearbeitet hat, so ist in keiner Weise glaubhaft, dass sie sich nun mit dem Auszug bzw. der Aufnahme der Berufsausbildungen der Kinder „erlauben“ sollte, den Beschäftigungsgrad zu reduzieren. Hinsichtlich des Status liegt kein Revisionsgrund vor.

5.2 Ausgangs- bzw. Vergleichsgrundlage der neuerlichen Beurteilung bildet die (höchstrichterlich bestätigte) Verfügung vom 16. November 2010 (act. II 63). Auszugehen war damals von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), ohne dass dem invalidisierende Wirkung zuzuerkennen war (vgl. BGer 8C_375/2011, E. 3).

Weiterhin attestiert wird eine depressive Störung, inzwischen als rezidivierende und depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; act. IIA 82.1 S. 13 Ziff. 6.1). Dass nun und im Gegensatz zu damals die Beschwerdeführerin angibt, schmerzfrei zu sein, mithin auf diagnostischer Ebene eine somatoforme Schmerzstörung nicht mehr zu attestieren ist, stellt - entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Beschwerde S. 4 Art. 2) - nicht bereits eine massgebliche Änderung dar.

Die Beschwerdeführerin erschien und erscheint unabhängig von der Diagnosestellung seit Jahren schwer leidend und vollständig unfähig, auch nur die geringsten Verrichtungen zu tätigen. In dieser Hinsicht bestehen keinerlei Anhaltspunkte für inzwischen eingetretene Veränderungen. Dass bereits früher von einer psychosozialen Überforderungssituation berichtet wurde und die negativen Leistungsentscheide früher wie heute in einen direkten Zusammenhang zu vermehrt geklagten Beschwerden gestellt werden (vgl. auch VGE IV/2010/1327 E. 4.1 S. 16 und act. I 5 S. 31 - mit Zusammenstellung von medizinischen Behandlungen und psychosozialen Ereignissen), belegt einen letztlich unveränderten Sachverhalt. Im vorliegenden Fall

gilt dies angesichts der gesamten Umstände ganz besonders, da eine Veränderung der Situation nicht allein in vermehrt geklagtem Leiden bestehen kann, solange keine Grundlage für ein vermehrtes Leiden objektiviert worden ist. Nicht anders hat Dr. med. J. _____ die Situation beurteilt. Dies ist durchaus korrekt. Hinsichtlich der Befundlage hatten sowohl Dr. med. D. _____ wie auch Dr. med. J. _____ und die Parteigutachterin Dr. med. K. _____ eine deutlich verlangsamte Explorandin angetroffen, die keinen Blickkontakt aufnimmt bzw. diesen vermeidet. Auch das Stimmenhören wurde als bereits seit langem bestehend bezeichnet. Die angeblichen Wissenslücken bei den anamnestischen Erhebungen ziehen sich durch sämtliche Gutachten. Sobald indessen eine Therapie installiert wurde (vgl. psychiatrische Klinik F. _____ und psychiatrische Klinik M. _____) und die Beschwerdeführerin sich darauf einliess, konnte rasch ein gutes Resultat erzielt und der frühere Zustand wieder hergestellt werden. Hinzu kommt, dass bereits Dr. med. D. _____ die somatoforme Schmerzstörung im Hintergrund gesehen hat. Das Gericht hatte in seinem früheren Urteil auch dies berücksichtigt und dargelegt, dass selbst wenn (bereits damals) davon auszugehen gewesen wäre, dass die somatoforme Schmerzstörung in den Hintergrund getreten und die psychische Störung als verselbstständigter Gesundheitsschaden zu betrachten gewesen wäre, kein Leistungsanspruch bestanden hätte (VGE IV/2010/1327 E. 4.2.2 letzter Absatz); dies mit der Begründung, die attestierte depressive Störung sei eine reaktive bzw. von psychosozialen Umständen getragene Manifestation und deshalb unbeachtlich. Dies gilt nach wie vor.

Insgesamt ergibt sich selbst aus den Erhebungen der Parteigutachterin an sich kein anderes Bild, als es bereits anlässlich der letzten gerichtlichen Beurteilung 2011 zu erheben war. Dass sich die Beschwerdeführerin an nichts erinnern will und die in der medizinischen Behandlung im Grundsatz eigentlich immer verlangte Eigenanstrengung unterlässt, ist medizinisch nicht zu erklären. Allein vage behauptet sie, dort wo von ihr Leistung verlangt wurde, sei man - ohne dass solches auch nur ansatzweise objektiviert werden könnte - nicht korrekt mit ihr umgegangen. Damit ist von einem aggravatorischen bzw. einem vom Versicherungsverfahren beeinflussten Verhalten auszugehen. Es wäre zudem selbst mit der von der Gutachterin attestierten Störung schlechterdings nicht vereinbar, dass bzw. weshalb die

Beschwerdeführerin derart vieles (unter fachkundiger Übersetzung) nicht versteht. Für die externe Kommunikation zuständig sind im hier vorliegenden Familiengefüge offensichtlich krankheitsunabhängig die agileren Mitglieder der Familie (vgl. S. 27, wo die Töchter, nachdem die Privatgutachterin ihnen mitteilte, es gehe darum, ihre Mutter zu möglichst viel Selbstständigkeit zu bewegen, sich eine Einmischung verbitten). Ob es aus therapeutischer Sicht Sache der Familie wäre, die Beschwerdeführerin zu mehr Selbstständigkeit anzuhalten, worauf wie dargelegt selbst die Parteigutachterin die Familie angesprochen hat (vgl. hierzu auch bereits VGE IV/2010/1327 E. 4.3.1), kann hier offen bleiben. Die Bestätigung des ressourcenverneinenden Verhaltens durch das soziale Umfeld kann jedoch nicht dazu führen, dass am Schluss Anspruch auf eine Rente bestände.

Mit Blick auf den neusten Leitentscheid des Bundesgerichts (BGE 141 V 281) könnte rückblickend durchaus die Frage gestellt werden, ob aus rein medizinischer Sicht (Beurteilung der ersten Ebene im Sinne von E. 2 des erwähnten Entscheids) bei an sich kaum geklagten körperlichen Schmerzen überhaupt je von einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden durfte. Da diese Frage jedoch die Zeit vor der letzten, höchstrichterlichen Beurteilung wie auch der nun erneut vorzunehmenden Beurteilung gleichermaßen betrifft, kommt ihr keine Bedeutung zu. Die Frage wäre für beide Zeiträume gleich zu beantworten. Seit der Verfügung vom 16. November 2010 (act. IIA 63) ist hinsichtlich der objektivierbaren Gesundheitsbeeinträchtigung keine wesentliche Veränderung eingetreten. Selbst wenn unter Annahme eines Revisionsgrundes eine umfassende Prüfung erfolgen würde, würde sich am Ergebnis jedoch nichts ändern, da wie dargelegt kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter (im Sinne von Art. 7 Abs. 2 ATSG unüberwindbarer) Gesundheitsschaden vorliegt.

6.

Die angefochtene Verfügung vom 26. Februar 2015 (act. IIA 92) erweist sich damit als rechtens und die dagegen erhobene Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen.

7.

7.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat die unterliegende Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten, gerichtlich bestimmt auf Fr. 700.--, zu tragen (Art. 108 Abs. 1 VRPG). Diese werden dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen; die Differenz von Fr. 300.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

7.2 Nach der Rechtsprechung können die Kosten eines Privatgutachtens, auf das sich der Entscheid der Rechtsmittelinstanz stützt, im Rahmen der Parteientschädigung zurückerstattet werden (RKUV 2004 U 503 S. 187 E. 5.1). Die Kosten eines vom Versicherten selbst veranlassten Privatgutachtens sind vom Versicherer zu übernehmen, wenn sich der medizinische Sachverhalt erst aufgrund des im kantonalen Beschwerdeverfahren beigebrachten Untersuchungsergebnisses schlüssig feststellen lässt und dem Versicherer insoweit eine Verletzung der ihm nach dem Untersuchungsgrundsatz obliegenden Pflicht zur rechtsgenügenden Sachverhaltsabklärung vorzuwerfen ist (SVR 2010 UV Nr. 3 S. 15 f. E. 10).

Da aufgrund des Dargelegten das Parteigutachten von Dr. med. K. _____ vom 20. März 2015 (act. I 5) für die hier sich stellenden Fragen keine entscheidrelevante Basis ist, mithin nicht unerlässlich war, besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf Erstattung der Kosten des Privatgutachtens von Fr. 8'700.-- (vgl. Beschwerde S. 8 Art. 6).

7.3 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 1 Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 61 lit. g ATSG [Umkehrschluss]).

Demnach entscheidet das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdeführerin zur Bezahlung auferlegt und dem geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 1'000.-- entnommen; die Differenz von Fr. 300.-- wird der Beschwerdeführerin nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils zurückerstattet.
3. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Der Antrag auf Erstattung von Gutachterkosten im Umfang von Fr. 8'700.-- wird abgewiesen.
4. Zu eröffnen (R):
 - Rechtsanwalt B. _____ z.H. der Beschwerdeführerin
 - IV-Stelle Bern
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

Der Kammerpräsident:

Der Gerichtsschreiber:

Rechtsmittelbelehrung

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