

SO_GERICHTE VSBES.2017.134 vom 1. Dezember 2017

SO Obergericht, 2017-12-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.134_d20171201

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.134 du 1 décembre 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.134 del 1 dicembre 2017

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 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).

E. 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 werde ihr in der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2017 unterstellt, sie würde im Zeitpunkt der Abklärungen durch die IV einer ausserhäuslichen Arbeit im Umfang von 100 % nachgehen. Im Entscheid werde sodann als Beweis lediglich auf den Situationsbericht vom 25. Februar 2015 verwiesen, welcher offensichtlich durch die Beschwerdegegnerin falsch verstanden worden sei. Lese man den Bericht zu Ende, so werde schnell deutlich, dass ihre Aussage nicht in diesem Sinn zu verstehen sei, dass sie 100 % arbeite, sondern, dass sie 100 % arbeiten würde, wenn sie keine gesundheitlichen Probleme hätte. Die IV habe ihren eigenen Bericht schlicht falsch verstanden und gestützt darauf schlussendlich falsch entschieden. Sodann stütze sich die Beschwerdegegnerin als medizinische Entscheidungsgrundlage beinahe ausschliesslich auf die Verlaufsgutachten vom 10. September 2014 und vom 31. März 2016 der C.____. Die Möglichkeit einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung werde gar nicht erst ernsthaft in Erwägung gezogen, obwohl die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren und während den laufenden IV-Abklärungen mehrmals in eine psychiatrische Klinik habe eingewiesen werden müssen (einmal wegen versuchtem Suizid) und schon länger in ambulanter psychiatrischer Behandlung sei. Seit dem 23. März 2012 sei sie beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie med. pract. D.____ in Behandlung, welche in türkischer Sprache stattfindet und der Behandlung einer rezidivierenden depressiven Episode, bei Behandlungsbeginn schwere Episoden ohne psychotische Symptome (ICD-10

F33.2), gelte. Auch Dr. med. B. ___ habe die Beschwerdegegnerin bereits darauf aufmerksam gemacht, dass die psychiatrischen Probleme der Beschwerdeführerin im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehen würden und gehe ebenfalls von einer erheblichen Depression seit 2013 aus, weshalb er zumindest eine eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit ab Anfang 2013 annehme. Im vorliegenden langjährigen IV-Verfahren hätten sich noch viele andere Ärzte und Psychiater kritisch zur angenommenen Arbeitsfähigkeit von 100 % und zu den diagnostizierten Krankheiten der Beschwerdeführerin geäußert. Deren Argumente und Bemerkungen habe die Beschwerdegegnerin aber nicht in den Entscheidungsprozess mit einbezogen. Im vorliegenden Fall hätten die behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin regelmässig gewechselt und deshalb könne nicht generell von einer objektiven Beurteilung beeinflussenden Vertrauensverhältnis ausgegangen werden. Ebenso wenig könnten mit dieser Begründung die Stellungnahmen der Psychiater abgetan werden. Während ein Arzt eine körperliche Krankheit eventuell objektiver beurteilen könne, wenn er die Patientin nicht kenne, so könnten psychiatrische Probleme dagegen besser und genauer beurteilt werden, wenn man den Patienten länger kenne. Da der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, med. pract. D. ___, die Beschwerdeführerin über mehrere Jahre betreut habe und die Behandlungen zusätzlich in türkischer Sprache stattgefunden hätten, sei seine Einschätzung besonders zu gewichten. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Eingliederungswirksamkeit nur einseitig recherchiert. So hätten sich zu diesem Thema viele verschiedene Ärzte und Psychiater optimistisch geäußert. Aus diesem Grund lasse sich auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sagen, dass die Beschwerdeführerin zu wenig Eingliederungsbereitschaft zeigen würde. Die Beschwerde sei auch deshalb gutzuheissen und die Vorinstanz anzuweisen, die notwendigen Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht mit dem Leitentscheid 141 V 281 seine Grundsätze geändert habe, nach denen Schmerzstörungen ohne erklärbare organische Ursachen (somatoforme Schmerzstörungen) und vergleichbare psychosomatische Leiden mit Blick auf die Zusprechung einer Invalidenrente zu beurteilen seien. Werde der vorliegende Fall anhand der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts beurteilt, würden die angewendeten Indikatoren auf die Zusprechung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades hinweisen.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 21. Oktober 2013 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 27. März 2017 zu Recht abgewiesen hat. 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 (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der vorgehenden Ablehnungsverfügung ■ vorliegend am 11. Oktober 2011 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 27. 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 11. Oktober 2011 (IV-Nr. 52) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der C. ___ vom 5. Juli 2011 (IV-Nr. 45.1). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert

Aufgrund der aktuellen Untersuchungen könne Folgendes festgestellt werden: Der rheumatologische Konsiliarius diagnostiziere bei Fehlform der Wirbelsäule und leichten Segmentdegenerationen ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom (die Arbeitsfähigkeit leicht einschränkend), ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne objektivierbares somatisches Korrelat (formal Fibromyalgie), einen Spreiz-Senkfuss beidseits bei Zustand nach Operation eines Hallux valgus und ein leichtgradiges femoropatelläres Schmerzsyndrom; er führe weiter aus, dass in Anbetracht der diskreten objektivierbaren Befunde die Arbeitsfähigkeit lediglich durch die erste Diagnose leicht eingeschränkt werde, und zwar im selben Ausmass, wie dies schon im vorgängigen C.____-Gutachten von 2002/2003 vom damaligen Rheumatologen beurteilt worden sei. In psychischer Hinsicht beschreibe sich die Versicherte als traurig und freudlos, sie äussere Angst, den Kindern könne etwas zustossen, und Wut über die sie manipulierende Verwandtschaft; der psychiatrische Konsiliarius stelle, wie schon der Psychiater im vorgängigen C.____-Gutachten, die Diagnose einer Persönlichkeit mit histrionischen Zügen, was aber die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige. Insgesamt kämen die C.____-Gutachter zur selben Beurteilung wie im letzten C.____-Gutachten, sowohl bezüglich Diagnosen als auch bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es sei seither keine Verschlechterung festzustellen. Bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit handle es sich um eine Montagearbeit bei der Firma E.____; da keine Arbeitsplatzbeschreibung vorliege, könne bezüglich Arbeitsfähigkeit keine Beurteilung vorgenommen werden; die Arbeitsfähigkeit sei übereinstimmend mit der Einschätzung im Vorgutachten vorgenommen werden, d. h. eine körperlich leichte Tätigkeit sei zu 100 % und eine körperlich mittelschwere Tätigkeit zu 70 % zumutbar, körperlich schwere Tätigkeiten könne die Versicherte nicht ausführen.

7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. März 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

7.2.1 Im Bericht von med. pract. D.____ vom 10. Oktober 2013 (IV-Nr. 61) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei seit dem 23. März 2012 in seiner ambulant-psychiatrischen Behandlung. Die Behandlung gelte einer rezidivierenden depressiven Episode, bei Behandlungsbeginn schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-ID F33.2). Diese psychische Störung habe definitionsgemäss eine erhebliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Gegensatz zum Zeitpunkt der Begutachtung 2011, zu dem keine psychische Störung vorgelegen habe, die eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hätte, liege also heute eine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Bei der Beschwerdeführerin seien ausgeprägte Schwankungen des affektiven Zustandes zu beobachten, auch innerhalb von relativ kurzer Zeit, zum Teil innerhalb von Tagen. Des Weiteren zeige sich eine auffallende assoziative Denkstörung, d.h. eine Weitschweifigkeit und ein Verlieren des Fadens, die Gespräche mit der Beschwerdeführerin, selbst in ihrer Muttersprache, sehr schwierig mache. Diese Denkstörung habe wiederum eine ausgeprägte Konzentrationsstörung zur Folge, die sich ihrerseits zentral auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Diese geschilderte affektive oder emotionale Instabilität, verbunden mit dem Eindruck von langfädigem, umständlichem Reden und einer gewissen Fahrigkeit lasse diagnostisch die Frage aufkommen, ob der rezidivierenden depressiven Episode eine Persönlichkeitsstörung zu Grunde liege, z.B. eine emotional-instabile, oder ob noch psychotische Phänomene beteiligt

seien. Neben der im Vordergrund stehenden depressiven Symptomatik habe diese Frage bisher noch nicht abschliessend geklärt werden können.

7.2.2 Im Bericht des F.____ vom 7. November 2013 (IV-Nr. 67, S. 4) wurden folgende Diagnosen gestellt:

7.2.3 Dr. med. B.____ stellte in seinem Bericht vom 19. Januar 2014 (IV-Nr. 67, S. 1) folgende Diagnosen:

Weiter hielt Dr. med. B.____ fest, die alleinerziehende Patientin sei seit Jahren durch die chronischen Schmerzen und die zunehmenden Probleme rund um die nun pubertierenden Kinder überfordert. Komplizierend komme dazu, dass die Kinder wegen psychischer Probleme selber Unterstützung durch den KJPD brauchen würden. Dazu sollte die Patientin noch den Haushalt führen und erwerbstätig sein. Das gehe einfach nicht. Entsprechend sei sie in einer Depression versunken. Auf Grund des deutlichen Gewichtsverlustes könne man von einer erheblichen Depression seit Anfang 2013 ausgehen, weshalb er, Dr. med. B.____, von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ab Anfang 2013 ausgehe.

7.2.4 Im Austrittsbericht der G.____ vom 21. Juli 2014 (IV-Nr. 88), wo die Beschwerdeführerin vom 8. Mai 2014 bis 27. Juni 2014 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Bei der Beschwerdeführerin stünden vor allem die Schmerzproblematik und die anhaltenden Schlafstörungen im Vordergrund. Man habe deshalb eine fixe Analgesie gemäss WHO-Stufenschema sowie unterstützend Physiotherapie initiiert, worunter sich eine Schmerzreduktion eingestellt habe. Innerhalb der milieutherapeutischen Settings mit betonter Schlafhygiene zeige sich zudem rasch eine Normalisierung des vorher stark fragmentierten Tag-Nacht-Rhythmus. Bezüglich der depressiven Restsymptomatik präsentiere die Patientin ein äusserst wechselhaftes Bild. Einerseits klage sie auf Nachfrage stets über ihren schlechten Allgemeinzustand, andererseits sei sie manchmal nur kurz später in schon fast ausgelassener Stimmung angetroffen worden, ohne einen konkreten Auslöser für den einen oder anderen Zustand nennen zu können. Es seien mehrfach auch histrionische Persönlichkeitsanteile spürbar gewesen. Sie habe eingesehen, dass sie unter einer vorgegebenen Tagesstruktur ihren Alltag deutlich besser bewältigen und sogar stundenweise arbeiten könnte, was sich an ihrem Aufblühen innerhalb der Arbeitstherapie in geschütztem Rahmen gezeigt habe.

7.2.5 Im Gutachten der C.____ vom 10. September 2014 (IV-Nr. 77.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert

E. 7

April 2003 (IV-Nr. 14) und nachfolgendem Einspracheentscheid vom 29. Mai 2003 (IV-Nr. 16) fest, das Leistungsbegehren werde bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 28 % abgewiesen. Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft. 2. Am 11. Juni 2010 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Nr. 24). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin medizinische Berichte ein und veranlasste bei der C.____ ein polydisziplinäres Verlaufsgutachten. Im Gutachten vom 5. Juli 2011 (IV-Nr. 45.1) wurde festgehalten,

insgesamt komme man zur gleichen Beurteilung wie im letzten C.____-Gutachten, sowohl bezüglich der Diagnosen als auch bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es sei seither keine Verschlechterung eingetreten. Gestützt darauf wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 46) mit Verfügung vom 11. Oktober 2011 (IV-Nr. 52) ab, dies bei einem errechneten Invaliditätsgrad von 11 %. Die dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erhobene Beschwerde wurde von der Beschwerdeführerin zurückgezogen (IV-Nr. 58, S. 3).

3. Am 21. Oktober 2013 meldete sich die Beschwerdeführerin wiederum zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-Nrn. 62 und 63). Sodann veranlasste die Beschwerdegegnerin bei der C.____ ein weiteres polydisziplinäres Verlaufsgutachten vom 10. September 2014, welches im Resultat ergab, dass die Arbeitsfähigkeit nach wie vor mit den Beurteilungen aus den C.____-Gutachten von 2003 und 2011 identisch sei (IV-Nr. 77.1). Mit Vorbescheid vom 27. März 2015 (IV-Nr. 81) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es sei beabsichtigt, den Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie Invalidenrente abzuweisen. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin Einwände (IV-Nr. 84) und reichte neue medizinische Berichte ein, weshalb die Beschwerdeführerin bei der C.____ erneut ein Verlaufsgutachten veranlasste. Im Gutachtensbericht vom 31. März 2016 (IV-Nr. 107.1) wurde festgehalten, übereinstimmend mit den Vorgutachten vom 31. Januar 2003, 5. Juli 2011 sowie vom 11. September 2014 bestehe aus rheumatologischer Sicht unverändert eine Unzumutbarkeit hinsichtlich körperlicher Schwerarbeiten, eine geschätzt 70%ige Arbeitsfähigkeit für mittelschwere körperliche Arbeiten und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Gestützt darauf kam die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 111) mit Verfügung vom 27. März 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) zum Schluss, die Beschwerdeführerin habe bei einem Invaliditätsgrad von 0 % keinen Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente.

4. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 15. Mai 2017 Beschwerde erheben (A.S. 7 ff.) und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung vom 27. März 2017 sei aufzuheben. 2. Die Vorinstanz sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin rückwirkend spätestens ab 1. Januar 2013 eine Invalidenrente auszurichten. 3. Die Vorinstanz sei zu verpflichten, geeignete berufliche Massnahmen durchzuführen. 4. Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren unter Beiordnung des unterzeichnenden Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand. Von der Erhebung eines Kostenvorschusses sei abzusehen. 5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen. 5. Mit Eingabe vom 21. Juni 2017 (A.S. 29) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf die Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde. 6. Mit Verfügung vom 6. Juli 2017 (A.S. 30 f.) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Alain Hofer als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt. 7. Mit Eingabe vom 21. August 2017 (A.S. 32) lässt die Beschwerdeführerin einen weiteren medizinischen Bericht einreichen. 8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. 2. 2.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des mit der Neuanmeldung vom 21. Oktober 2013 geltend gemachten Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente durch die Verfügung vom 27. März 2017, weshalb die ab 1. Januar 2012

geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 2.2 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). 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. 3.1 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 werde ihr in der angefochtenen Verfügung vom 27. März 2017 unterstellt, sie würde im Zeitpunkt der Abklärungen durch die IV einer ausserhäuslichen Arbeit im Umfang von 100 % nachgehen. Im Entscheid werde sodann als Beweis lediglich auf den Situationsbericht vom 25. Februar 2015 verwiesen, welcher offensichtlich durch die Beschwerdegegnerin falsch verstanden worden sei. Lese man den Bericht zu Ende, so werde schnell deutlich, dass ihre Aussage nicht in diesem Sinn zu verstehen sei, dass sie 100 % arbeite, sondern, dass sie 100 % arbeiten würde, wenn sie keine gesundheitlichen Probleme hätte. Die IV habe ihren eigenen Bericht schlicht falsch verstanden und gestützt darauf schlussendlich falsch entschieden. Sodann stütze sich die Beschwerdegegnerin als medizinische Entscheidungsgrundlage beinahe ausschliesslich auf die Verlaufsgutachten vom

E. 8

8.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die polydisziplinären Gutachten der C.____ vom 10. September 2014 (IV-Nr. 77.1) und 31. März 2016 (IV-Nr. 107.1), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Vorweg ist diesbezüglich festzuhalten, dass diese Gutachten die formellen Beweisanforderungen erfüllen. So sind diese für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen auch die geklagten Beschwerden und sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden

8.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter der C.____ zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Die Gutachten leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Gestützt darauf steht fest, dass seit der letzten abweisenden Rentenverfügung vom 11. Oktober 2011 aus rheumatologischer und aus psychiatrischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist.

Auf die C.____-Gutachten vom 10. September 2014 sowie vom 31. März 2016 kann demnach vollumfänglich abgestellt werden.

Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6. hiavor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 21. August 2017 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'923.80 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'987.65 festzusetzen (9.52 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 126.80 und 8 % MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn.

Die Differenz zur eingereichten Kostennote resultiert einerseits daraus, dass Orientierungskopien an die Klientin Kanzleiaufwand darstellen und nicht gesondert vergütet werden. Ebenfalls nicht vergütet wird praxisgemäss das Studium von Verfügungen des Versicherungsgerichts, welche selten komplex ausfallen. Andererseits ist hinsichtlich der eingerechneten Auslagen festzuhalten, dass gemäss § 160 Abs. 5 GT lediglich CHF 0.50 pro Fotokopie vergütet werden und nicht wie vom Vertreter der Beschwerdeführerin geltend gemacht CHF 1.00.

Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 510.80 (Differenz zum vollen Honorar [$9.52 \times \text{CHF } 230.00 + \text{CHF } 126.80 + 8 \% \text{ MwSt.} = 2'498.45$; $- 1'987.65 = 510.80 \text{ CHF}$]) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Alain Hofer, wird auf CHF 1'987.65 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 510.80 während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

E. 10

September 2014 und vom 31. März 2016 der C. ____. Die Möglichkeit einer Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Störung werde gar nicht ernsthaft in Erwägung gezogen, obwohl die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren und während den laufenden IV-Abklärungen mehrmals in eine psychiatrische Klinik habe eingewiesen werden müssen (einmal wegen versuchtem Suizid) und schon länger in ambulanter psychiatrischer Behandlung sei. Seit dem 23. März 2012 sei sie beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie med. pract. D. ___ in Behandlung, welche in türkischer Sprache stattfindet und der Behandlung einer rezidivierenden depressiven Episode, bei Behandlungsbeginn schwere Episoden ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), gelte. Auch Dr. med. B. ___ habe die Beschwerdegegnerin bereits darauf aufmerksam gemacht, dass die psychiatrischen Probleme der Beschwerdeführerin im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit im Vordergrund stehen würden und gehe ebenfalls von einer erheblichen Depression seit 2013 aus, weshalb er zumindest eine eingeschränkte Arbeitsunfähigkeit ab Anfang 2013 annehme. Im vorliegenden langjährigen IV-Verfahren hätten sich noch viele andere Ärzte und Psychiater kritisch zur angenommenen Arbeitsfähigkeit von 100 % und zu den diagnostizierten Krankheiten der Beschwerdeführerin geäußert. Deren Argumente und Bemerkungen habe die Beschwerdegegnerin aber nicht in den Entscheidungsprozess mit einbezogen. Im vorliegenden Fall hätten die behandelnden Ärzte der Beschwerdeführerin regelmässig gewechselt und deshalb könne nicht generell von einem die objektive Beurteilung beeinflussenden Vertrauensverhältnis ausgegangen werden. Ebenso wenig könnten mit dieser Begründung die Stellungnahmen der Psychiater abgetan werden. Während ein Arzt eine körperliche Krankheit eventuell objektiver beurteilen könne, wenn er die Patientin nicht kenne, so könnten psychiatrische Probleme dagegen besser und genauer beurteilt werden, wenn man den Patienten länger kenne. Da der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, med. pract. D. ____, die Beschwerdeführerin über mehrere Jahre betreut habe und die Behandlungen zusätzlich in türkischer Sprache stattgefunden hätten, sei seine Einschätzung besonders zu gewichten. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Eingliederungswirksamkeit nur einseitig

recherchiert. So hätten sich zu diesem Thema viele verschiedene Ärzte und Psychiater optimistisch geäußert. Aus diesem Grund lasse sich auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit sagen, dass die Beschwerdeführerin zu wenig Eingliederungsbereitschaft zeigen würde. Die Beschwerde sei auch deshalb gutzuheissen und die Vorinstanz anzuweisen, die notwendigen Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Zudem sei darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht mit dem Leitentscheid 141 V 281 seine Grundsätze geändert habe, nach denen Schmerzstörungen ohne erklärbare organische Ursachen (somatoforme Schmerzstörungen) und vergleichbare psychosomatische Leiden mit Blick auf die Zusprechung einer Invalidenrente zu beurteilen seien. Werde der vorliegende Fall anhand der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts beurteilt, würden die angewendeten Indikatoren auf die Zusprechung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades hinweisen. Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, anlässlich des Gesprächs mit der Abklärungsfachperson habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie heute ohne gesundheitliche Einschränkungen im Rahmen von 100 % einer ausserhüslichen Erwerbstätigkeit nachgehen würde. Sie würde eine Tagesmutter finanzieren, wenn sie 100 % arbeiten würde, damit ihre Kinder gut betreut würden. Eine Arbeit und finanzielle Unabhängigkeit sei ihr am allerwichtigsten. Aufgrund der erfolgten Abklärungen vor Ort sei mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die Bemessung des Invaliditätsgrades nach der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu erfolgen habe. Sodann sei – in Abweichung zum Vorbescheid vom 25. August 2016 und zum Situationsbericht der Abklärungsfachperson vom 25. Februar 2015 – beim Invalideneinkommen kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin könne nach wie vor sämtliche leichten angepassten Tätigkeiten ganztags ohne zusätzliche Leistungseinschränkungen ausüben. Die leidensbedingte Einschränkung sei nicht derart ausgeprägt, dass mit einer Lohneinbusse gerechnet werden müsse. Auch eine langjährige Abwesenheit vom ersten Arbeitsmarkt rechtfertige keinen Abzug, da Beschäftigungen im Kompetenzniveau 1 weder eine lange Einarbeitungszeit noch Berufspraxis erfordern würden. Weitere zu berücksichtigende Faktoren würden nicht vorliegen. Schliesslich lasse sich aufgrund der Aktenlage (u.a. C.____-Gutachten/Verlaufsgutachten, Situationsbericht der Abklärungsfachperson vom 25. Februar 2015, 5. 3, Einwandbegründung vom 10. Oktober 2016, 5. 3, Ziffer 3.) mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit schliessen, dass die Eingliederungswirksamkeit aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin nicht gegeben sei. Somit bestehe kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen (Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche) durch die Fachpersonen der beruflichen Eingliederung. 6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 21. Oktober 2013 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 27. März 2017 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 vorgehenden Ablehnungsverfügung – vorliegend am 11. Oktober 2011 – bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 27. 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 11. Oktober 2011 (IV-Nr. 52) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der C.____ vom 5. Juli 2011 (IV-Nr. 45.1). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei · Fehlf orm/Fehlstatik der Wirbelsäule · leichten Segmentdegenerationen L4/5 und L5/S1 mit medianen Protrusionen ohne Nervenwurzelkompression Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - Persönlichkeit mit histrionischen Zügen - Ganzkörperschmerzsyndrom ohne objektivierbares somatisches Korrelat (formal Fibromyalgie) - Spreiz-Senkfuss beidseits bei · Status nach Korrekturosteotomie wegen Hallux valgus beidseits am 9. November 2007 - Leichtgradiges femoropatelläres Schmerzsyndrom - Adipositas (BMI 32) Aufgrund der aktuellen Untersuchungen könne Folgendes festgestellt werden: Der rheumatologische Konsiliarius diagnostiziere bei Fehlf orm der Wirbelsäule und leichten Segmentdegenerationen ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom (die Arbeitsfähigkeit leicht einschränkend), ein Ganzkörperschmerzsyndrom ohne objektivierbares somatisches Korrelat (formal Fibromyalgie), einen Spreiz-Senkfuss beidseits bei Zustand nach Operation eines Hallux valgus und ein leichtgradiges femoropatelläres Schmerzsyndrom; er führe weiter aus, dass in Anbetracht der diskreten objektivierbaren Befunde die Arbeitsfähigkeit lediglich durch die erste Diagnose leicht eingeschränkt werde, und zwar im selben Ausmass, wie dies schon im vorgängigen C.____-Gutachten von 2002/2003 vom damaligen Rheumatologen beurteilt worden sei. In psychischer Hinsicht beschreibe sich die Versicherte als traurig und freudlos, sie äussere Angst, den Kindern könne etwas zustossen, und Wut über die sie manipulierende Verwandtschaft; der psychiatrische Konsiliarius stelle, wie schon der Psychiater im vorgängigen C.____-Gutachten, die Diagnose einer Persönlichkeit mit histrionischen Zügen, was aber die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtige. Insgesamt kämen die C.____-Gutachter zur selben Beurteilung wie im letzten C.____-Gutachten, sowohl bezüglich Diagnosen als auch bezüglich Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Es sei seither keine Verschlechterung festzustellen. Bei der zuletzt ausgeübten Tätigkeit handle es sich um eine Montagearbeit bei der Firma E.____; da keine Arbeitsplatzbeschreibung vorliege, könne bezüglich Arbeitsfähigkeit keine Beurteilung vorgenommen werden; die Arbeitsfähigkeit sei übereinstimmend mit der Einschätzung im Vorgutachten vorgenommen werden, d. h. eine körperlich leichte Tätigkeit sei zu 100 % und eine körperlich mittelschwere Tätigkeit zu 70 % zumutbar, körperlich schwere Tätigkeiten könne die Versicherte nicht ausführen. 7.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. März 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt: 7.2.1 Im Bericht von med. pract. D.____ vom 10. Oktober 2013 (IV-Nr. 61) wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei seit dem 23. März 2012 in seiner ambulant-psychiatrischen Behandlung. Die Behandlung gelte einer rezidivierenden depressiven Episode, bei Behandlungsbeginn schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-ID F33.2). Diese psychische Störung habe definitionsgemäss eine erhebliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Gegensatz zum Zeitpunkt der Begutachtung 2011, zu dem keine psychische Störung vorgelegen habe, die eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehabt hätte, liege also heute eine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Bei der Beschwerdeführerin seien ausgeprägte Schwankungen des affektiven Zustandes zu beobachten, auch innerhalb von relativ kurzer Zeit, zum Teil innerhalb von Tagen. Des Weiteren zeige sich eine auffallende

assoziative Denkstörung, d.h. eine Weitschweifigkeit und ein Verlieren des Fadens, die Gespräche mit der Beschwerdeführerin, selbst in ihrer Muttersprache, sehr schwierig mache. Diese Denkstörung habe wiederum eine ausgeprägte Konzentrationsstörung zur Folge, die sich ihrerseits zentral auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Diese geschilderte affektive oder emotionale Instabilität, verbunden mit dem Eindruck von langfädigem, umständlichem Reden und einer gewissen Fahrigkeit lasse diagnostisch die Frage aufkommen, ob der rezidivierenden depressiven Episode eine Persönlichkeitsstörung zu Grunde liege, z.B. eine emotional-instabile, oder ob noch psychotische Phänomene beteiligt seien. Neben der im Vordergrund stehenden depressiven Symptomatik habe diese Frage bisher noch nicht abschliessend geklärt werden können. 7.2.2 Im Bericht des F.____ vom 7. November 2013 (IV-Nr. 67, S. 4) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Gewichtsverlust und Hypovitaminose (Vitamin D-, Vitamin B12- und Eisenmangel) • wahrscheinlich Nutritiv-bedingt im Rahmen Diagnose 2 • 1. Oktober 2013: TSH und Folsäure im Normbereich, in der Immunfixation und Elek-trophorese keine Hinweise auf monoklonale Gammopathie • Keine Hypoglykämien nachweisbar (Blutzuckerselbstmessung) •

E. 11

Oktober 2013 CT Hals/Thorax/Abdomen/Becken: kleiner, prominenter Lymphknoten cervical rechts (9mm), wenig verkalkter Rundherd pulmonal (4mm) in erster Linie Granulom, Milz

E. 11.4

cm, normale Darstellung des linken Ovars, das rechte Ovar nicht beurteilbar, keine malignitätsuspekte Raumforderung oder ossäre Läsion - Klinisch manifeste Depression • Status nach rezidivierend-depressivem Zustandsbild, Erschöpfungszustände und Überforderung bei multiplen psychosozialen Problemen - Perimenopause mit dysfunktionalen Blutungen • 5. September 2013 Vaginal-Sonographie: Ovar links 17 x 14 mm, Ovar rechts mit einer Kammerzyste, keine freie Flüssigkeit • 17. September 2013 Vaginal-Sonographie: Ovar links 25 x 13 mm, Ovar rechts 69 x 27 mm mit 2 Zysten, minime freie Flüssigkeit im Douglasraum - Chronische Schmerzkrankung • Fibromyalgiesyndrom • Chronische untere Rückenschmerzen bei Verdacht auf ISG-Dysfunktion, Bandscheibendegeneration mit therapieresistenten Lumboischialgien • Chronisches cervikospondylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen und Dekonditionierung • Chronische Kopfschmerzen mit Migränekomponenten • Chronische Fusschmerzen rechts bei Status nach Hallux-Operation 2007 - Symptomatische Hypotonie DD Varikosis, Dekonditionierung, konstitutionell - Symptomatische Varikosis Beine beidseits • 03/03 Phlebektomie rechts, Crossektomie, proximales Stripping der Vena saphena magna • Hypotonietendenz 7.2.3 Dr. med. B.____ stellte in seinem Bericht vom 19. Januar 2014 (IV-Nr. 67, S. 1) folgende Diagnosen: 1. Rezidivierend Erschöpfungszustände und Überforderung bei multiplen psychosozialen Problemen · Gewichtsverlust von 10 kg in 9 Monaten im Jahre 2013 2. Rezidivierend erhöhte alkalische Phosphatase unbekannter Aetiologie 3. Chronische Schmerzkrankheit · Fibromyalgiesyndrom · Chronische untere Rückenschmerzen bei: - Verdacht auf ISG-Dysfunktion - Bandscheibendegeneration L4 und S1 mit - therapieresistenten rechtsbetonten Lumboischialgien · Chronisch zervikospondylogenes Syndrom bei: - Degenerativen Veränderungen - Dekonditionierung · Chronische Kopfschmerzen mit Migränekomponente · Chronische Fusschmerzen rechts - St.n. Halluxoperation 2007, Metallentfernung 2008 - persistierende Schmerzen rechts 4. Rezidivierend depressives Zustandsbild, Erschöpfungszustände, Überforderung bei ·

multiplen psychosozialen Problemen - finanzielle Engpässe - Erziehungsprobleme - Sprachprobleme 5. Symptomatische Hypotonie · Varicosis · Dekonditionierung · konstitutionell 6. Nikotingewohnheit 7. V.a. CTS rechts · Tinel negativ, Phalen positiv · Keine Besserung nach intracarpaler Steroidinfiltration 1. Februar 2012 8. Symptomatische Varikosis Beine bds. · Status nach Crossektomie, proximales Stripping der Vena saphena magna, distale · Phlebektomie rechts am 5. März 2003 · Hypotonietendenz 9. Perimenopause mit dysfunktionellen Blutungen 10. Urge-betonte gemischte Inkontinenz Weiter hielt Dr. med. B.____ fest, die alleinerziehende Patientin sei seit Jahren durch die chronischen Schmerzen und die zunehmenden Probleme rund um die nun pubertierenden Kinder überfordert. Komplizierend komme dazu, dass die Kinder wegen psychischer Probleme selber Unterstützung durch den KJPD brauchen würden. Dazu sollte die Patientin noch den Haushalt führen und erwerbstätig sein. Das gehe einfach nicht. Entsprechend sei sie in einer Depression versunken. Auf Grund des deutlichen Gewichtsverlustes könne man von einer erheblichen Depression seit Anfang 2013 ausgehen, weshalb er, Dr. med. B.____, von einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ab Anfang 2013 ausgehe. 7.2.4 Im Austrittsbericht der G.____ vom 21. Juli 2014 (IV-Nr. 88), wo die Beschwerdeführerin vom 8. Mai 2014 bis 27. Juni 2014 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt: - Rezidivierende depressive Störung seit mindestens 1997, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (F33.10) · Soziale Isolation, finanzielle Schwierigkeiten, familiäre Problematik (Z59, Z63) - V. a. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) · Eigenanamnestisch Fibromyalgie, bislang keine rheumatologische Abklärung · V. a. ISG-Dysfunktion bds., Lumboischialgien bds. bei Diskusdegeneration, chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom, Dekonditionierung - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und emotional instabilen Anteilen (Z73.1) · SAPAS 06/2014: Positiv (4/8 Punkte) Bei der Beschwerdeführerin stünden vor allem die Schmerzproblematik und die anhaltenden Schlafstörungen im Vordergrund. Man habe deshalb eine fixe Analgesie gemäss WHO-Stufenschema sowie unterstützend Physiotherapie initiiert, worunter sich eine Schmerzreduktion eingestellt habe. Innerhalb der milieutherapeutischen Settings mit betonter Schlafhygiene zeige sich zudem rasch eine Normalisierung des vorher stark fragmentierten Tag-Nacht-Rhythmus. Bezüglich der depressiven Restsymptomatik präsentiere die Patientin ein äusserst wechselhaftes Bild. Einerseits klage sie auf Nachfrage stets über ihren schlechten Allgemeinzustand, andererseits sei sie manchmal nur kurz später in schon fast ausgelassener Stimmung angetroffen worden, ohne einen konkreten Auslöser für den einen oder anderen Zustand nennen zu können. Es seien mehrfach auch histrionische Persönlichkeitsanteile spürbar gewesen. Sie habe eingesehen, dass sie unter einer vorgegebenen Tagesstruktur ihren Alltag deutlich besser bewältigen und sogar stundenweise arbeiten könnte, was sich an ihrem Aufblühen innerhalb der Arbeitstherapie in geschütztem Rahmen gezeigt habe. 7.2.5 Im Gutachten der C.____ vom 10. September 2014 (IV-Nr. 77.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei · Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, Hohlrundrücken, lumbaler Skoliose, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung · degenerativen Veränderungen (Segmentdegenerationen L4/5 und L5/S1) Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - Chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne objektivierbares organisches Korrelat am Bewegungsapparat - Metatarsalgie rechts bei Knicksenkpreizfuss beidseits bei · Status nach Hallux valgus-Operation beidseits 2007 -

Unspezifische Fersenschmerzen/Achillodynie rechts - Leichtgradiges femoropatelläres Schmerzsyndrom beidseits - Übergewicht (BMI 29.4) - Psychiatrische Diagnosen · akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen und emotional instabilen Persönlichkeitsanteilen · Iatrogen induzierte Low dose Benzodiazepinabhängigkeit · Status nach depressiven Episoden - Nikotinabusus (ca. 40 Zigaretten täglich) Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, es lägen keine radikulären Ausfallserscheinungen und keine Instabilitäten vor. Lediglich das chronische lumbospondylogene Syndrom bedinge eine leichte Minderbelastbarkeit des Achsenorgans und schränke deshalb die Arbeitsfähigkeit leicht ein. In psychischer Hinsicht beklage die Versicherte Depressionen, Angst und Panikzustände, mit leichter Besserung in der letzten Zeit. Der psychiatrische Konsiliarius diagnostiziere eine akzentuierte Persönlichkeit mit histrionischen und emotional instabilen Persönlichkeitsanteilen, eine iatrogen induzierte Low dose Benzodiazepinabhängigkeit und einen Status nach depressiven Episoden, was alles die Arbeitsfähigkeit aber nicht einschränke. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit lediglich leicht durch die rheumatologischen Befunde beeinträchtigt. Die geschätzte Arbeitsfähigkeit sei identisch, resp. übereinstimmend mit den Beurteilungen in den C.____-Gutachten 2003 und 2011.

7.2.6 Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, führte in seinem Schreiben vom 11. April 2015 (IV-Nr. 86) aus, die Beschwerdeführerin arbeite seit 2002 nicht mehr, auch die häusliche Arbeit könne kaum verrichtet werden. Hätte sie nicht Unterstützung von Seiten der Tochter, wäre eine ausreichende Hygiene in der Wohnung nicht gegeben. Er habe die Patientin Mitte 2014 von Seiten von Dr. med. B.____ übernommen, eine Verbesserung des miserablen Gesundheitszustandes, als auch der Depression und der chronischen Schmerzkrankheit habe er trotz diverser Abklärungen und Therapieansätze nicht erreichen können. Er sei der festen Überzeugung, dass die Patientin aufgrund der sprachlichen Barriere vieles nicht oder missverstehe, sodass sie sich auch nicht wie gewollt betreffend ihr Wohlbefinden äussern könne. Auch sei zu berücksichtigen, dass sie sehr gewillt wäre zu arbeiten, doch der fehlende Antrieb von Seiten der Depression als auch die Schmerzkrankheit würden dies verunmöglichen. Auch die missliche finanzielle Lage trage sicherlich nicht zur Genesung der Patientin bei.

7.2.7 Im Bericht von Dr. med. I.____, Oberärztin der G.____, vom 30. Mai 2015 (IV-Nr. 90, S. 5) wurde ausgeführt, die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin im Rahmen von 4 Stunden pro Tag zumutbar. Hierbei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 50 %. Eine angepasste Tätigkeit wäre ihr 4 Stunden pro Tag zumutbar. Hier bestehe keine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit.

7.2.8 Im Verlaufsgutachten der C.____ vom 31. März 2016 (IV-Nr. 107.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei · Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, Hohlrundrücken, lumbaler Skoliose, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung · degenerativen Veränderungen (Segmentdegenerationen L4/5 L5/S1) Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - Chronifiziertes Ganzkörperschmerzsyndrom ohne objektivierbares organisches Korrelat am Bewegungsapparat - Metatarsalgie beidseits bei Knick-Senk-Spreizfuss beidseits bei · Status nach Hallux valgus-Operation beidseits 2007 · Status nach anamnestischem Sturz auf die linke Schulter 2014 mit schmerzhaft, eingeschränkter Schulterbeweglichkeit beidseits linksbetont - Leichtes Übergewicht (BMI 27.2 kg/m²) - Psychiatrische Diagnosen · akzentuierte Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) mit histrionischen und emotional instabilen Persönlichkeitsanteilen · iatrogen induzierte low-dose-Benzodiazepineabhängigkeit (ICD-10 F13.25) · Status nach depressiven Episoden (ICD-10 F33) · Status nach

Mischintoxikation in suizidaler Absicht am 25. Juli 2015 - Nikotinabusus Gegenüber dem letzten Gutachten der C.____ vom 10. September 2014 sei von Seiten des Bewegungsapparates her auf der Befundebene keine relevante Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu objektivieren. Unverändert festzuhalten sei eine schwere Diskrepanz zwischen den als vollständig invalidisierend empfundenen Beschwerden und den insgesamt leichtgradigen, objektivierbaren Befunden. In psychischer Hinsicht beklage die Versicherte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit 2014 mit Inaktivität, Kraftlosigkeit, Vergesslichkeit und stattgehabtem Suizidversuch im Juli 2015 und unverändert generalisierten Schmerzen hoher Intensität. Die psychische Befindlichkeit sei von der Versicherten als sehr schlecht repliziert worden mit Verschlechterung in den letzten zwei Jahren. In der aktiven Exploration habe der psychiatrische Konsiliarius keine schmerzbedingten Beeinträchtigungen beobachten können und die Versicherte habe keinen schmerz erfüllt leidenden Eindruck hinterlassen. Abgestützt auf die Angaben der Versicherten zum Tagesablauf müsse gemäss psychiatrischem Konsiliarius davon ausgegangen werden, dass die Versicherte in der Lage sei, wichtige Funktionen im Haushalt wahr zu nehmen und die Hausarbeiten und die Haushaltsführung zu planen. Sowohl die reaktiven depressiven Zustände wie auch die akzentuierten Persönlichkeitszüge und die iatrogen induzierte low-dose Benzodiazepineabhängigkeit würden die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht einschränken. Insgesamt werde die Arbeitsfähigkeit lediglich unverändert und leichtgradig durch die rheumatologischen Befunde beeinträchtigt.

7.2.9 Mit Bericht vom 18. August 2016 (IV-Nr. 120, S. 5) hielt Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurochirurgie fest, die MR-Untersuchung zeige abgesehen von minimalen altersentsprechenden degenerativen Veränderungen, ausser der bekannten Dehydrierung der Bandscheiben L4/L5 und L5/S1, absolut keine nennenswerte Pathologie. Der Spinalkanal sei lumbal durchwegs überdurchschnittlich weit, es bestehe weder eine relevante Diskushernie noch eine Stenosierung, weder rezessal noch zentral, keine Zeichen einer Listhese.

7.2.10 Im Bericht vom 27. Oktober 2016 (IV-Nr. 120) diagnostizierte Dr. med. J.____ ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom mit Verdacht auf eine Schmerzkrankheit (Fibromyalgiesyndrom), eine ungünstige psychosoziale Situation und einen Verdacht auf eine sekundäre depressive Entwicklung. Die bisherige und eine angepasste Tätigkeit seien der Beschwerdeführerin in einem Pensum von 6 Stunden pro Tag zumutbar. Hierbei sei die Leistungsfähigkeit um 20 % eingeschränkt wegen neuromuskulärer Insuffizienz. Seines Erachtens stünden relevante psychische Probleme im Rahmen einer sekundären depressiven Entwicklung im Vordergrund.

7.2.11 Im Austrittsbericht der G.____ vom 13. Oktober 2016 (Beschwerdebeilage 18), wo die Beschwerdeführerin vom 10. bis 13. Oktober 2016 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt: - Akute Belastungsreaktion (ICD.10 F43.0) nach Kürettage bei der Gynäkologin - Rezidivierende depressive Störung seit mindestens 1997, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (F33.10) - St. n. Mischintoxikation in suizidaler Absicht 25. Juli 2015 - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Soziale Isolation, finanzielle Schwierigkeiten, familiäre Problematik (Z59, Z63)

8. 8.1 Die Beschwerdegegnerin stützt sich in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf die polydisziplinären Gutachten der C.____ vom 10. September 2014 (IV-Nr. 77.1) und 31. März 2016 (IV-Nr. 107.1), weshalb deren Beweiswert zu prüfen ist. Vorweg ist diesbezüglich festzuhalten, dass diese Gutachten die formellen Beweisforderungen erfüllen. So sind diese für die streitigen Belange umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigen auch die geklagten

Beschwerden und sind in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden Aus rheumatologischer Sicht führte Dr. med. K.____, Facharzt für Rheumatologie FMH, in seinem Teilgutachten vom 31. Juli 2014 (IV-Nr. 77.4) aus, auf der aktuellen Befundebene zeige die Versicherte ein diffuses Ganzkörperschmerzsyndrom von teilweise allodynem Charakter prädominant im Bereich des Rumpfes, des Neuro- und Viszerocraniums, des Schultergürtels sowie der Oberarme, weniger der Unterarme sowie des Beckengürtels und der proximalen Oberschenkelpartie lokalisiert. Die klinischen Untersuchungsbefunde gingen weit über die klassischen Befunde einer Fibromyalgie hinaus. Während die Versicherte im Jahr 2002 verstärkt über Schmerzen auf der linken Körperseite und 2011 über eine symmetrische Schmerzlokalisierung geklagt und 2012 formal eine Fibromyalgie bestanden habe, müsse aktuell von einer diffusen, chronifizierten und therapierefraktären Schmerzkrankheit ausgegangen werden, weiterhin ohne hierfür adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat. Die klinischen Befunde bezüglich der Wirbelsäule und deren Funktion seien weitgehend unverändert und er, Dr. med. K.____, finde keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, weder auf zervikalem noch auf lumbalem Niveau, keinen Anhalt für eine Segmentinstabilität und auch hinsichtlich einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung seien die anamnestischen Angaben, die klinischen Befunde wie auch die Labor- und bildgebenden Untersuchungen nicht wegweisend. Des Weiteren wird im Teilgutachten von Dr. med. K.____ vom 31. März 2016 schlüssig dargelegt, auf der Befundebene könnten unverändert ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom auf dem Boden einer Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, Hohlrundrücken, lumbaler Skoliose, muskulärer Dysbalance, Dekonditionierung und bei Übergewicht sowie bei zusätzlichen, mässig ausgeprägten Segmentdegenerationen L4/5 und L5/S1 festgestellt werden sowie eine nun beidseitig und ausgeprägt angegebene Metatarsalgie bei Knick-Senk-Spreizfüßen beidseits und Zustand nach Hallux valgus-Operation beidseits 2007. Bei anamnestischer Angabe eines Sturzes auf die linke Schulter 2014 zeige die Versicherte weitgehend unverändert gegenüber dem letzten Gutachten im Jahr 2014 eine schmerzhafte und diffus eingeschränkte Schulterbeweglichkeit beidseits, aktuell eher linksbetont. Aufgrund des Schmerzverhaltens hätten in der klinischen Untersuchungssituation keine eindeutigen Befunde hinsichtlich einer Impingement-Symptomatik beziehungsweise einer Rotatorenmanschettenproblematik festgestellt werden können und der radiologische Befund hinsichtlich der linken Schulter sei als altersentsprechend normal zu beurteilen. In den Austrittsberichten der G.____ vom

E. 13

Juli 2015 und 16. September 2015 sei kein Sturz mit einer Schulterverletzung links aktenkundig. Auch anlässlich dieser erneuten rheumatologischen Untersuchung hätten sich keine objektivierbaren Befunde hinsichtlich einer radikulären Reiz- und/oder sensomotorischen Ausfallsymptomatik wie auch nicht für eine Segmentinstabilität und im Weiteren auch keine Anhaltspunkte für eine Erkrankung aus dem entzündlichen-rheumatischen Formenkreis ergeben. Auf der Befundebene könne weiterhin weder eine relevante Verbesserung noch Verschlechterung des Gesundheitszustandes den Bewegungsapparat betreffend festgestellt werden. Unverändert bestehe eine schwere Diskrepanz zwischen den als vollständig invalidisierend empfundenen Beschwerden und den insgesamt leichtgradig einzustufenden, objektivierbaren Befunden. Das von der Versicherten gezeigte Beschwerdebild könne durch die Befunde am Bewegungsapparat nicht hinreichend erklärt werden. Demzufolge erscheint auch die nach wie vor geltende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in rheumatologischer Hinsicht überzeugend, wonach der

Beschwerdeführerin zwar keine körperliche Schwerarbeit mehr zumutbar sei, jedoch mittelschwere Tätigkeiten zu 70 % und leichte Tätigkeiten zu 100 %. Im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. L.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 2. Februar 2016 (IV-Nr. 107.2) wird sodann nachvollziehbar aufgezeigt, dass in der Exploration keine schmerzbedingten Beeinträchtigungen hätten beobachtet werden können. Die Versicherte habe keinen schmerz erfüllt leidenden Eindruck hinterlassen. Abgestützt auf die Angaben der Versicherten zum Tagesablauf müsse davon ausgegangen werden, dass die Versicherte in der Lage sei, wichtige Funktionen im Haushalt wahr zu nehmen und die Hausarbeiten und die Haushaltsführung zu planen. Die Exploration des Tageaktivitätsniveaus ergebe keine nachhaltigen Unterschiede im Vergleich zum Tagesaktivitätsniveau 2014. Die Explorandin scheine in der Lage zu sein, ihren Verpflichtungen als Mutter und Hausfrau nachzukommen. Es fänden sich keine Anhaltspunkte mehr für eine paranoide Realitätswahrnehmung. Die Explorandin vermöge sich auch unter vielen Menschen zu bewegen. So habe sie sich vor nicht allzu langer Zeit in Istanbul aufgehalten. In Begleitung der Töchter sei sie in der Lage, in Einkaufszentren einzukaufen. Der soziale Rückzug sei wie bereits anlässlich der Erstbegutachtung nicht genügend durch die Depressivität erklärbar. Im Rahmen der psychiatrischen Befunderhebung zeige die Versicherte wenig averbale Schmerzäusserungen und habe erst gegen Ende der Untersuchung einen müden Eindruck hinterlassen. Die Grundstimmung interpretiere der psychiatrische Konsiliarius als schwer beurteilbar. Es hätten sich im Weiteren keine Anhaltspunkte für kognitive Beeinträchtigungen, Sinnestäuschungen oder Wahrnehmungsstörungen gefunden und die Auffassung sei nicht gestört erschienen. Bei der fachlichen Diskussion mit der behandelnden Psychiaterin, Frau I.____, G.____, vom 14. Januar 2016 sei man sich einig gewesen, dass sich sowohl lebensgeschichtliche wie auch psychosoziale Stressoren fänden, die pathognomonisch seien bei der Genese von somatoformen Schmerzstörungen. Auch die behandelnde psychiatrische Oberärztin habe die Versicherte gemäss diesem Telefonat als nicht schmerz erfüllt leidend erlebt, wie dies bei der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD-10 verlangt werde. Ebenfalls bestätige die behandelnde Oberärztin die Polypragmasie der Versicherten. Die behandelnde Psychiaterin bestätige auf Befragen hin, in ihrem Bericht vom 21. Mai 2015 bewusst den Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt zu haben. Auf den Kommentar von Dr. med. L.____, dass er die Versicherte nicht als depressiv erlebt habe, habe die behandelnde Psychiaterin im genannten Telefonat repliziert, dass sie die Versicherte aktuell auch nicht als depressiv erlebe. Der psychiatrische Konsiliarius diagnostiziert, unverändert gegenüber dem Gutachten der C.____ vom 10. September 2014 eine akzentuierte Persönlichkeit ICD-10 Z73.1 mit histrionischen und emotional instabilen Persönlichkeitsanteilen, eine iatrogen induzierte low-dose-Benzodiazepineabhängigkeit ICD-10 F13.25 und einen Zustand nach depressiven Episoden ICD-10 F33. Er befinde, dass im Vergleich zur Beurteilung anlässlich der Erstbegutachtung 2014 keine richtungsgebende Verschlechterung des psychischen Zustandsbildes objektivierbar sei. Die diagnostischen Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Gestützt auf die eingehenden und nachvollziehbaren Befunderhebungen vermag die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. med. L.____ zu überzeugen, wonach sowohl die reaktiven depressiven Zustände wie auch die akzentuierten Persönlichkeitszüge und die iatrogen induzierte low-dose Benzodiazepineabhängigkeit die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht einschränken würden. 8.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter

der C.____ zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Die Gutachten leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Gestützt darauf steht fest, dass seit der letzten abweisenden Rentenverfügung vom 11. Oktober 2011 aus rheumatologischer und aus psychiatrischer Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin eingetreten ist.

8.2.1 Die übrigen medizinischen Berichte geben keinerlei Anlass, an den Ergebnissen der Gutachten zu zweifeln. Die Berichte der G.____ begründen ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und Diagnosestellungen kaum. Zudem gab Dr. med. I.____ von den G.____ anlässlich eines Telefongesprächs mit dem C.____-Gutachter, Dr. med. L.____, ebenfalls an, sie habe die Beschwerdeführerin anlässlich ihrer Behandlung nicht schmerzerfüllt leidend erlebt. Demzufolge erscheint es nachvollziehbar, wenn Dr. med. L.____ das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung verneint, da es damit an einem wesentlichen diesbezüglichen Diagnosekriterium gemäss ICD-10 F45.4 – einem andauernden quälenden Schmerz – fehlt. Zudem wurde die Einschätzung von Dr. med. L.____, wonach die Depressivität bei der Beschwerdeführerin aktuell leichtgradig sei, anlässlich des Telefonats von Dr. med. I.____ ebenfalls geteilt. Des Weiteren vermag auch der behandelnde Neurochirurg, Dr. med. J.____ – übereinstimmend mit den C.____-Gutachten – aus somatischer Sicht kaum objektivierbare Befunde zu erheben, welche die von der Beschwerdeführerin behauptete Einschränkung belegen würde. Aus welchen Gründen Dr. med. J.____ in seinem Bericht vom 27. Oktober 2016 in einer angepassten Tätigkeit dennoch lediglich von einem zumutbaren Pensum von 6 Stunden mit einer zusätzlichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % ausgeht, ist dementsprechend kaum nachvollziehbar. Dr. med. J.____ spricht in diesem Zusammenhang unspezifisch von neuromuskulärer Insuffizienz, was aber das von ihm statuierte Ausmass der Einschränkung nicht zu begründen vermag. Schliesslich vermögen auch die Berichte der behandelnden Hausärzte – Dr. med. B.____ und danach Dr. med. H.____ – den Beweiswert der C.____-Gutachten nicht zu erschüttern, zumal sie sich als Allgemeinärzte teilweise zu fachfremden Diagnosen aus dem rheumatologischen und psychiatrischen Gebiet äussern, weshalb ihre Einschätzungen bereits aus diesem Grund als nur begrenzt beweiswertig anzusehen sind. Im Übrigen ist in diesem Zusammenhang 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 der Dres. med. B.____ und H.____ auch deswegen vergleichsweise geringer Beweiswert zuzumessen ist.

8.2.2 Des Weiteren vermögen die Rügen der Beschwerdeführerin den Beweiswert der Gutachten ebenfalls nicht zu schmälern. Vorab ist hierzu festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. z.B. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil 9C_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 4.2.1.1). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. z.B. Urteil 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Die Rügen, wonach die Beschwerdegegenerin die Berichte der behandelnden

Ärzte nicht genügend in die Beurteilung mit einbezogen habe, sind zudem im Lichte der Ausführungen in E. II 8.2.1 hiervor unbegründet. Insofern der Vertreter der Beschwerdeführerin sodann in seiner Beschwerde den Sachverhalt anhand der neuen Schmerzrechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 prüft, ist festzuhalten, dass das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung – wie vorgehend ausgeführt – zu verneinen ist. Da im beweiswertigen C.____-Gutachten auch keine andere psychosomatische Diagnose gestellt wurde, welche unter die neue Schmerzrechtsprechung fallen würde, kommt diese dementsprechend im vorliegenden Fall nicht zur Anwendung. Auf die C.____-Gutachten vom 10. September 2014 sowie vom 31. März 2016 kann demnach vollumfänglich abgestellt werden.

9. 9.1 Im Weiteren macht der Vertreter der Beschwerdeführerin geltend, es werde dieser unterstellt, sie würde im Zeitpunkt der Abklärungen durch die IV einer ausserhäuslichen Arbeit im Umfang von 100 % nachgehen. Ihre Aussage sei jedoch nicht in dem Sinn zu verstehen, dass sie 100 % arbeite, sondern, dass sie 100 % arbeiten würde, wenn sie keine gesundheitlichen Probleme hätte. Was der Vertreter der Beschwerdeführerin damit genau rügen will, ist nicht klar. So ging die Beschwerdegegnerin nie davon aus, dass die Beschwerdeführerin tatsächlich 100 % arbeite. Vielmehr geht es bei der Statusfrage (siehe hierzu nachfolgende Erwägungen unter E. II. 9.2) darum, hypothetisch festzustellen, in welchem Pensum die Beschwerdeführerin ausserhäuslich tätig wäre, falls sie keinen Gesundheitsschaden erlitten hätte. Es handelt sich hier demnach um eine hypothetisch zu beantwortende Frage. Damit wurde von Seiten der Beschwerdegegnerin nie behauptet, die Beschwerdeführerin arbeite tatsächlich zu 100 %.

9.2 Ob eine versicherte Person als ganztägig 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 ganztägig 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 praxisgemäss 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).

9.3 Die in diesem Zusammenhang im Abklärungsbericht vom 25. Februar 2015 (IV-Nr. 79) gemachte Schlussfolgerung, wonach die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall zu 100 % arbeiten würde, vermag zu überzeugen. So ist die Beschwerdeführerin alleinerziehende Mutter und ist von der Sozialhilfe abhängig. Die jüngste Tochter war im Zeitpunkt des Abklärungsberichts zwar erst 6-jährig, die Beschwerdeführerin gab anlässlich des Gesprächs mit der

Abklärungsfachfrau aber glaubhaft und nachvollziehbar an, dass sie aus finanziellen Gründen 100 % arbeiten würde ohne gesundheitliche Einschränkungen. So habe sie zwei Mieten zu bezahlen, eine in der Schweiz und eine in der Türkei, weshalb sie ca. CHF 25'000.00 Schulden habe, die sie nicht zurückzahlen könne. Sie habe schon früher eine Kinderbetreuung gehabt, die Gemeinde habe dies finanziert bis ca. 2007. Aus diesem Grund würde sie eine Tagesmutter finanzieren, wenn sie 100 % arbeiten würde, damit die Kinder gut betreut würden. Das sei für sie kein Problem. Eine Arbeit und finanzielle Unabhängigkeit seien ihr am allerwichtigsten. Soweit der Vertreter der Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang sprachliche Verständigungsprobleme geltend macht, ist festzuhalten, dass die vorliegenden Aussagen aber detailliert und inhaltlich stringent erscheinen, so dass nicht davon auszugehen ist, dass diese durch Verständigungsprobleme verfälscht worden sind, zumal die Aussagen auch im sonstigen finanziellen und familiären Kontext der Beschwerdeführerin zu überzeugen vermögen. Damit ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall in einem Vollpensum ausserhäuslich tätig wäre. 10. Die Berechnung des Invaliditätsgrades wurde in der vorliegenden Beschwerde nicht gerügt und ist denn auch nicht zu beanstanden. Dagegen wird verlangt, dass der Beschwerdeführerin berufliche Eingliederungsmassnahmen zuzusprechen seien. Bereits angesichts des Umstandes, dass der Beschwerdeführerin gemäss gutachterlicher Beurteilung eine leichte Tätigkeit ganztags und uneingeschränkt zumutbar ist und keine invaliditätsbedingte Einschränkung besteht, ist ein Anspruch auf berufliche Massnahmen ausgeschlossen. Ein solcher scheitert vorliegend zudem an der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. So wurden im C.____-Gutachten vom 31. März 2016 berufliche Massnahmen als nicht angezeigt erachtet. Anlässlich dieser Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, sie fühle sich in diesem Zustand nicht mehr arbeitsfähig (vgl. IV-Nr. 107.2, S. 4). Anhaltspunkte, dass sich an der diesbezüglichen Einstellung der Beschwerdeführerin etwas geändert hätte, sind den Akten nicht zu entnehmen. Somit ist auch die Verneinung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen nicht zu beanstanden. 11. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6. hiervor). Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 21. August 2017 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'923.80 geltend macht. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf CHF 1'987.65 festzusetzen (9.52 Stunden zu CHF 180.00, zuzügl. Auslagen von CHF 126.80 und 8 % MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Die Differenz zur eingereichten Kostennote resultiert einerseits daraus, dass Orientierungskopien an die Klientin Kanzleiaufwand darstellen und nicht gesondert vergütet werden. Ebenfalls nicht vergütet wird praxisgemäss das Studium von Verfügungen des Versicherungsgerichts, welche selten komplex ausfallen. Andererseits ist hinsichtlich der eingerechneten Auslagen festzuhalten, dass gemäss § 160 Abs. 5 GT lediglich CHF 0.50 pro Fotokopie vergütet werden und nicht wie vom Vertreter der Beschwerdeführerin geltend gemacht CHF 1.00. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen

Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 510.80 (Differenz zum vollen Honorar [$9.52 \times \text{CHF } 230.00 + \text{CHF } 126.80 + 8 \% \text{ MwSt.} = 2'498.45; - 1'987.65 = 510.80 \text{ CHF}$]) während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf den Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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