

SO_GERICHTE VSBES.2017.186 vom 13. Juni 2017

SO Obergericht, 2017-06-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.186

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.186 du 13 juin 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.186 del 13 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

Der Beschwerdeführerin sei eine IV-Rente auszurichten.

E. 2

Die Beschwerdeführerin sei als Arbeitnehmerin zu qualifizieren, aktuell zu 100 %.

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). 3.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit 2003 (IV-Nr. 3 S. 5, Ziff. 6.3) bzw. eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 23. Dezember 2013 (IV-Nr. 2 S. 4) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Dezember 2014 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht – sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind – frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 7. November 2014), was hier im Mai 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Mai 2015 gegeben sein. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2015 sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend. 3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss 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.

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 gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass

behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). 5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Rente abgewiesen hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Nachdem die Beschwerdeführerin am 23. Juni 2014 zu Hause im Bad ausgerutscht war, erlitt sie eine mehrfragmentäre distale Radiusfraktur des rechten Arms. Am 3. Juli 2014 erfolgte diesbezüglich eine Operation und es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 4. bis 11. Juli 2014 attestiert. Bereits am 7. März 2014 war eine Osteosynthese einer distalen intraartikulären Radiusfraktur links erfolgt, nachdem die Beschwerdeführerin am 23. Dezember 2013 gestürzt war (Austrittsbericht des H.____ vom 17. Juli 2014, IV-Nr. 9 S. 19 f.). Gemäss Bericht des I.____ vom 27. August 2014 (IV-Nr. 9 S. 12 f.) wurde bei der Beschwerdeführerin zudem eine Osteoporose diagnostiziert.

5.2 Im Bericht des H.____ vom 6. Januar 2015 (IV-Nr. 9 S. 9 f.) ist von einem stationären Aufenthalt vom 27. bis 28. Dezember 2014 die Rede. Als Hauptdiagnose wird ein akutes thorakolumbales Schmerzsyndrom genannt. Die Aufnahme sei aufgrund von starken, stechenden und wellenförmigen Rückenschmerzen über die Notaufnahme erfolgt. Das Röntgenbild der BWS und LWS habe ein korrektes Alignment gezeigt und es sei ein Frakturausschluss erfolgt. Die Mobilisation sei komplikationslos erfolgt und die Schmerzen hätten sich unter analgetischer Therapie verbessert.

5.3 Gemäss Arztbericht von Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, damaliger Hausarzt der Beschwerdeführerin, vom 13. Februar 2015 (IV-Nr. 9), sind bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen zu stellen: - Status nach mehrfragmentärer intraartikulärer distaler Radiusfraktur rechts 2014, - Status nach distaler Radiusfraktur links 2013, - chronisches Thorakolumbovertebralsyndrom 2014, - Osteoporose 2014, - chronische psychische Belastungen mit depressiven Krisen, - chronische Atembehinderung bei Rhinopathie. Die Arbeitsunfähigkeit sei schwer beurteilbar und durch Fachärzte vorzunehmen.

5.4 Der Arztbericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. April 2015 (IV-Nr. 11) äussert sich über verschiedene, bei der Beschwerdeführerin bestehende psychische und physische Einschränkungen wie Kopfschmerzen, Tinnitus, Freudverlust, Vergesslichkeit, operierte Hände mit Folgeschäden, Anpassungsstörung wegen Lärm- und Lichtempfindlichkeit sowie rezidivierende traurig-apathische Verstimmungen. Die Belastbarkeit sei auch für kleinere Anstrengungen aufgehoben. Er stellt folgende Diagnosen (bestehend seit 2003): - depressive Entwicklung bei psychosozialer Mehrfachbelastung, - posttraumatische Belastungsstörung nach dramatischer Flucht aus dem Irak, - Tinnitus chronisch links mehr als rechts, - rezidivierende Kopfschmerzen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem 19. Dezember 2002 (recte 2012) 80 %.

5.5 Die Begutachtungsstelle C.____ hat im Auftrag der Beschwerdegegnerin am 17. Juni 2016 ein polydisziplinäres Gutachten über die Beschwerdeführerin erstellt. Dieses beinhaltet die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädische Chirurgie und Psychiatrie.

5.5.1 Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hält im internistischen Teil fest, die Beschwerdeführerin habe Schmerzen an beiden Fersen bis zu den Knien angegeben, die sie auch nachts verspüre. Daneben habe sie Schmerzen an den Schultern, am Ellbogen und am Rücken. Diese und die psychischen Probleme seien die Gründe für ihre Arbeitsunfähigkeit. Sie könne nicht gut schlafen, sei zu Hause aggressiv und vergesse viel. Sie habe in der Schweiz nie gearbeitet. Mit diesem Kopf könne sie gar nichts arbeiten. Den allgemein-internistischen Befund erachtet der Gutachter als unauffällig.

5.5.2 In der

rheumatologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin auf Nachfrage einerseits die Frakturen im Bereich der Unterarme in den Jahren 2013 und 2014 erwähnt, andererseits seit etwa 2011 bestehende Schmerzen im Bereich des Nackens, des Kopfes, der Schultern, der Knie, der Füße und der Daumensattelgelenke. Die Schmerzen hätten begonnen, als sie viele Probleme in der Familie gehabt habe. Seit dieser Zeit sei sie auch sehr müde und gehe kaum mehr aus der Wohnung. Im Haushalt könne sie nur noch leichtere Arbeiten durchführen. Die ältere Tochter helfe ihr. Sie habe auch Kreuzschmerzen. Insgesamt habe sie deshalb drei Infiltrationen erhalten, die während einem bis zwei Monaten eine deutliche Beschwerdelinderung gebracht hätten. In der Befunderhebung hält der rheumatologische Gutachter zunächst den neurologischen Teilstatus fest: es bestehe eine verminderte Sensibilität distal der Narbe über dem ventralen Handgelenk rechts sowie im Bereich beider Füße, bei sonst normaler Berührungssensibilität. Der Vibrationssinn sei erhalten. Die Kraft an den Kennmuskeln der Arme sei seitengleich diffus auf Grad 4 abgeschwächt, ebenfalls an den Beinen. Die Fusshebemuskulatur sei im Sitzen auf Grad 4 abgeschwächt gewesen, jedoch habe die Beschwerdeführerin zuvor ohne Probleme den Fersengang durchführen können. Lasègue rechts mit Angabe von blockierenden Schmerzen. Jedoch habe die Beschwerdeführerin die Langsitzposition ohne Schmerzangabe einnehmen können. Sie habe während der Untersuchung auch zweimal spontan in der Langsitzposition gesessen. Bei der Untersuchung des Rückens zeige sich die Rotation der HWS in Neutralstellung passiv rechts und links mit Schmerzangabe, wobei deutliche Gegeninnervationen spürbar gewesen seien. Bei Spontanbewegungen hätten mehrfach weitergehende Rotationsbewegungen beobachtet werden können. Die Lateralflexion der HWS betrage beidseits 10°, wiederum bei spürbaren Gegeninnervationen und unter endständiger Schmerzangabe. Die Schultern seien hochgezogen. Der Tonus des Trapezius beidseits sei erhöht und lokal druckdolent. Es bestünden eine Klopfdolenz über der oberen BWS und der ganzen LWS ohne segmentalen Befund, ein paravertebraler Muskelhartspann lumbal beidseits mit lokaler Druckdolenz wie auch eine Gegeninnervation beim Prüfen der Beweglichkeit der LWS, die nach allen Richtungen um zwei Drittel eingeschränkt sei. Der Finger-Boden-Abstand betrage 30 cm, wobei die Beschwerdeführerin gegen Ende der klinischen Untersuchung die mitgebrachte CD mit den Röntgenbildern unter zügigem Bücken mit gestreckten Beinen verstaut habe, bei einem Finger-Boden-Abstand von geschätzten 10 cm. Weiter bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz präasacral, über dem medialen Beckenkamm beidseits und über der unteren LWS im Bereich der Dornfortsätze. Auf Nachfrage seien alle Schmerzpunkte gleich stark angegeben worden. Die Rotatorenmanschettentests beidseits seien negativ gewesen, kein Schulterimpingement. Beide Schultergelenke seien passiv frei beweglich. Das gleiche gelte für die Ellbogengelenke. Es bestünden eine Druckdolenz über dem Epicondylus humeri radialis und ulnaris beidseits und eine Druckdolenz über dem Daumensattelgelenk beidseits, sämtliche Gelenke an den Fingern seien druckschmerzhaft ohne weiteren palpatorischen oder inspektorischen Befund. Spürbar sei eine deutliche Gegeninnervation beim Prüfen der passiven Beweglichkeit der Hüft- und Kniegelenke. Im Sitzen habe die Beschwerdeführerin problemlos beide Gelenke beugen können. 5.5.3 Im orthopädischen Teilgutachten wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin beschreibe rechts sowie links Schmerzen am distalen Unterarm beidseits, es seien Knochenschmerzen, eher brennend. Besonders in den Fingern habe sie einen brennenden Schmerz und sie verspüre in den Fingergelenken eine Steifigkeit, besonders in den frühen Morgenstunden. Die Schmerzen hätten in den letzten vier bis sechs Wochen zugenommen. Im Haushalt mache sie so gut wie gar nichts. Ebenfalls habe sie

Schmerzen im Bereich der Ellbogen. Immer wieder klage sie auch über Knieschmerzen, diesbezüglich seien die Schmerzen jedoch relativ erträglich. Im Bereich der HWS reagiere die Beschwerdeführerin bei der Palpation sehr überempfindlich. Die HWS sei indessen in alle Richtungen frei beweglich. Im kaudalen Bereich der BWS bestehe eine vermehrte Kyphosierung. Die paravertebrale Muskulatur sei gut entwickelt, es bestehe jedoch eine diffuse Druckdolenz. Die Klopfempfindlichkeit über den Dornfortsätzen sei nur gering. Die Rotation sei einwandfrei, bei etwas vermehrten Schmerzangaben am thorako-lumbalen Übergang. Im Bereich der LWS bestünden eine vermehrte lumbosacrale Lordosierung und eine vermehrte Klopfempfindlichkeit am lumbosacralen Übergang. Die paralumbale Muskulatur sei verspannt. Die Schultern seien einwandfrei beweglich, die Funktionsprüfung der Ellbogen ohne Schmerzangabe. Bei der Palpation bestehe eine vermehrte Druckempfindlichkeit am medialen und lateralen Ellbogen-Epikondylus. Die Funktion am Handgelenk sei beidseits endgradig etwas gemindert, wobei die Beschwerdeführerin bei der Funktionsprüfung leicht überreagiere. Es bestehe eine Druckdolenz am Daumengrundgelenk und Sattelgelenk beidseits. Die Funktion der Finger sei einwandfrei und die Fingerkuppen seien relativ normal beschwiele, was ein Zeichen dafür sei, dass die Hände beidseits bei täglichen Anwendungen eingesetzt und nicht geschont würden. Die Beinstellung sei achsengerecht, Hüft-, Knie- und Fussgelenke funktionierten einwandfrei. Bei der Funktionsprüfung gebe die Beschwerdeführerin jedoch immer wieder vermehrtes Stöhnen von sich. Bei der Palpation der verschiedenen Gelenke würden keine Schmerzangaben gemacht. Links mehr als rechts deute sich ein Knickfuss an. Grobe neurologische Ausfälle fänden sich keine. Auf den vorhandenen Röntgenbildern der Handgelenke werde ein Status nach beidseitiger Radius und Processus styloideus-Fraktur dargestellt. Es bestehe ein Status nach beidseitiger Platten-Osteosynthese in achsengerechter und gelenksgerechter Stellung. Die Frakturen seien, den Berichten zufolge, bereits nach drei Monaten weitgehend konsolidiert. Eine knöcherne Demineralisierung von Bedeutung werde nicht beschrieben.

5.5.4 In psychiatrischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin geäußert, es bestünden in psychologischer Hinsicht viele Probleme in der Familie. Als sie mit den Kindern aus dem Irak in die Schweiz gekommen sei, habe sie grosse Ängste ausgestanden. Die Flucht, tagelang in einem Camion, sei nicht einfach gewesen. Später in der Schweiz habe es nach einigen Jahren grosse Probleme mit dem einen Sohn gegeben, der immer wieder delinquent habe und in Haft gewesen sei. Ein Sohn lebe mit ihrer Mutter in der Türkei, sie habe diese zurücklassen müssen und schon jahrelang nicht mehr gesehen. Die ganze Situation habe ihr stark zu schaffen gemacht. Sie habe dann Probleme mit dem Ehemann bekommen und sich schliesslich von diesem getrennt. Sie habe nur noch geweint und sei aggressiv geworden. Mittlerweile ziehe sie sich zurück und möge nichts tun. Sie wolle keinen Kontakt und ertrage Lärm nicht. Sie weine heute noch immer wieder. Sie fühle sich alleine gelassen. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie zwischen 10.00 und 11.00 Uhr aufstehe, einen Tee trinke und sich den Grossteil der Zeit zu Hause in ihrem Zimmer aufhalte. Sie liege viel, döse teilweise. Im Haushalt mache sie wegen der Handbeschwerden nicht viel. Selten begleite sie ihre Tochter zum Einkaufen. Sie lese eigentlich nicht. Sporadisch sehe sie sich im Fernsehen die Nachrichten an. Sie studiere dauernd an der ganzen Situation herum. Wenn die Tochter sie bitte, gehe sie mit dieser vielleicht zehn Minuten spazieren, dann wolle sie wieder nach Hause. Sie wolle einfach Ruhe haben, Lärm ertrage sie nicht. Sie habe schon zweimal die Orientierung verloren, als sie alleine unterwegs gewesen sei. Freundinnen habe sie keine und das wolle sie auch nicht. Sie sei oft nervös und unruhig. Abends gehe sie um 21.00 Uhr zu Bett. Sie wälze sich dann

hin und her und könne nicht richtig schlafen. Seit vier Jahren sei sie in einer ambulanten Therapie, die sie zunächst alle zwei Wochen und jetzt monatlich aufsuche. Sporadisch nehme sie Trittico. Ab und zu Cipralext oder Seralintabletten, jedoch nicht regelmässig. Sie fühle sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht in der Lage zu arbeiten. Sie sei mittlerweile alt und es gehe ihr gesundheitlich schlecht, sie habe auch körperliche Beschwerden. Im Rahmen der Befunderhebung merkt der psychiatrische Gutachter an, die kognitiven Funktionen seien nicht beeinträchtigt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe teilweise Mühe gehabt, ihren Zustand richtig zu beschreiben. Manchmal hätten gewisse Begriffe umschrieben werden müssen, damit sie diese verstanden habe. Den Beizug der anwesenden Dolmetscherin habe sie aber ausdrücklich abgelehnt. Ihre Beschwerden habe sie eher in pauschalisierender Weise beschrieben. Der Affekt habe gedrückt gewirkt, teilweise weinerlich. Die affektive Modulation sei erhalten gewesen, ebenfalls die geistige und mimische Mitbeteiligung.

5.5.5 In der zusammenfassenden Beurteilung erheben die Gutachter folgende Diagnosen: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - mittelschwere depressive Störung (ICD-10 F32.1). ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - multilokuläres Schmerzsyndrom mit klinisch deutlichen Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend, - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits, - Osteoporose (Knochendichtemessung 25.08.2014) keine medikamentöse Therapie, - klinisch Verdacht auf beginnende Rhizarthrosen, - Status nach beidseitiger Radiusfraktur, links mehrfragmentär und intraartikulär (links 23. Dezember 2013, rechts 23. Juni 2014) klinisch und bildgebend einwandfreies Behandlungsergebnis, - Osteoporose (Bericht Kantonsspital Basel-Land vom 27. August 2014), - beginnende Heberden'sche Veränderungen.

6. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 17. Juni 2016 (IV-Nrn. 26.1 bis 26.3) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie einer eingehenden Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden beruht und von einem Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet erstellt wurde. Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. Inhaltlich legt Dr. med. E.____ in rheumatologischer Hinsicht nachvollziehbar dar, dass bei der Beschwerdeführerin, die ein multilokuläres Schmerzsyndrom schildere, klinisch deutliche Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung vorhanden seien: Es hätten sich 18 von 18 Fibromyalgie-Druckpunkten und 3 von 3 Kontrollpunkten gefunden. Entsprechend dieser Konstellation seien die Beschwerden nicht im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms zu interpretieren, sondern als Hinweis auf eine mögliche Schmerzstörung. Zudem hätten sich 5 von 5 positiven Waddel-non-organic-signs und pseudoneurologische motorische Ausfälle (zum Beispiel eine Fusshebeschwäche im Sitzen) gefunden. Auch die Bewegungsausmasse der HWS sowie Hüft- und Kniegelenke kontrastierten deutlich mit der Untersuchungssituation und den Spontanbewegungen. Neben dem rheumatologisch nicht erklärbaren multilokulären Beschwerdebild fänden sich noch andere Diagnosen, die aufgrund der klinischen Ausprägung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Dies betreffe den Verdacht auf Rhizarthrosen und die muskulären Dysbalancen am Schultergürtel beidseits. Bezüglich der 2014 diagnostizierten Osteoporose habe die Beschwerdeführerin angegeben, die medikamentöse Therapie nur während etwa zwei Monaten durchgeführt zu haben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aufgrund dieser Diagnose nicht, jedoch sei diese Krankheit

unbedingt zu behandeln. Ohne Berücksichtigung des Zustandes nach Radiusfraktur beidseits und operativen Behandlungen (die im orthopädischen Teilgutachten behandelt würden) liege aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Dr. med. F. ___ hält in seiner orthopädischen Beurteilung fest, die von der Beschwerdeführerin am 23. Dezember 2013 erlittene erste Radiusfraktur links sei zunächst konservativ behandelt worden. Wegen Instabilität habe im März 2014 dann eine erfolgreiche Osteosynthese der Fraktur stattgefunden. Nach einem erneuten Sturz drei Monate später habe wegen einer mehrfragmentären Fraktur am distalen Radiusende mit Gelenksbeteiligung am 3. Juli 2014 wiederum eine Platten-Osteosynthese stattgefunden. Der Verlauf sei komplikationslos gewesen. Wie aktuell beurteilt werden könne, bestehe klinisch und auch bildgebend ein einwandfreies Behandlungsergebnis der beiden Radiusfrakturen. Es fänden sich klinisch keine Funktionsstörungen der Hände und Finger bei gut erhaltener Feinmechanik. Das eigentliche Ausmass der Beschwerden wie in der Anamnese angegeben sei mit dem eigentlichen klinischen und bildgebenden Befund nicht konsistent. Eine mittelschwere, manuelle berufliche Tätigkeit wäre zum Erhalt der Fingerbeweglichkeit auch aus therapeutischer Sicht sehr zu empfehlen. Diese Einschätzung steht im Einklang mit den zum Zeitpunkt der erlittenen Frakturen erhobenen Befunden und Beurteilungen und ist ebenfalls schlüssig. Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. G. ___, kommt sodann zum ebenfalls nachvollziehbaren Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelschwere depressive Störung gemäss ICD-10 F32.1 zu diagnostizieren sei. In der Untersuchung wirke diese depressiv und affektlabil. Sie gebe an, unter Nervosität und Ängsten zu leiden, affektiv sei sie hingegen gut moduliert, kognitiv nicht beeinträchtigt und psychomotorisch unauffällig. Es wird auf den einzigen psychiatrischen Arztbericht von Dr. med. K. ___ Bezug genommen, der wegen einer depressiven Entwicklung eine 80%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit Dezember 2012 angibt. Die Beschwerdeführerin nimmt gemäss ihren eigenen Angaben monatlich Konsultationen wahr. Die gutachterliche Beurteilung, dass eine konsequente antidepressive Therapie damit nicht durchgeführt werde, ist zu teilen. Insgesamt kommt der Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen einer psychosozialen Problematik (insbesondere aufgrund familiärer Umstände, dem Leben in einem fremden Land und ungenügender Integration) eine depressive Störung entwickelt habe, die ein etwa mittelschweres Ausmass angenommen habe. Die klinischen Befunde würden auf einen depressiven Zustand hinweisen, doch wirke die Beschwerdeführerin kognitiv und psychomotorisch nicht beeinträchtigt. Sie sei auch affektiv lebhaft und es gelinge ihr gut, sich mitzuteilen und zu kommunizieren. Es bestehe aber eine dauerhaft gedrückte Stimmung, ein Interessen- und Freudverlust, eine Verminderung des Antriebs, das Selbstwertgefühl sei vermindert, sie fühle sich wertlos. Ein depressiver Zustand ist demnach ausgewiesen und der vom Gutachter angegebene Schweregrad leuchtet ein. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint dieser hingegen nachvollziehbar damit, dass die Beschwerdeführerin durchaus gut über ihre Flucht aus der Heimat berichten könne, ohne dass sich vegetative Anzeichen bemerkbar machten. Es bestehe nicht dauernd ein flashbackartiges Erinnern an diese Umstände. Die im Rahmen der psychosozialen Schwierigkeiten entstandene depressive Entwicklung ist nach gutachterlicher Einschätzung mittlerweile als chronifiziert zu erachten. Es finde keine intensive Behandlung mehr statt, eine medikamentöse Therapie werde ebenfalls nicht konsequent durchgeführt. Es sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zustand vermindert belastbar sei, wobei eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dadurch nicht begründet

werden könne. Hinweise auf eine Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung fänden sich nicht. Demgegenüber gebe es auch keine Hinweise auf eine gravierende Persönlichkeitsproblematik. Grundsätzlich weise die Beschwerdeführerin Ressourcen auf, es bestünden allerdings auch Defizite in sprachlicher Hinsicht und eine ungenügende Integration, weshalb die vorhandenen Ressourcen nur schlecht genutzt werden könnten. Es bestehe Hilfe durch die Kinder. In der Kommunikationsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt. Mittlerweile scheine sie nicht mehr motiviert zu sein, aktiv für eine Verbesserung eintreten zu wollen. Es sei denkbar, dass sich der affektive Zustand ungünstig auf die Verarbeitung der körperlichen Beschwerden auswirke. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit vier Jahren in einer ambulanten psychiatrischen Therapie. In der Vergangenheit seien offenbar auch medikamentöse Massnahmen angeboten worden, die sie aber nicht mehr durchführe. Die Konsultationsfrequenz sei ebenfalls ausgedünnt worden. Es sei denkbar, dass aufgrund der chronifizierten und psychosozial nicht beeinflussbaren Situation keine intensiven Therapiemassnahmen mehr stattfänden. Eine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege indessen nicht vor. Auch diese psychiatrische Einschätzung ist nachvollziehbar. 7. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das beweiskräftige Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 17. Juni 2016 abgestellt hat. Dementsprechend besteht aus rein rheumatologischer und orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Hingegen wird im Gutachten aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer einfach strukturierten Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung ausgegangen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der depressiven Störung vermindert belastbar sei und im Verlauf des Tages kognitive Schwierigkeiten haben sowie längere Erholungsphasen benötigen dürfe. Theoretisch wäre eine einfach strukturierte Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung halbtags möglich. Was das aufgrund der psychiatrischen Diagnose festgelegte gutachterliche Tätigkeitsprofil anbelangt, so kann diesem mit Verweis auf die diesbezügliche bundesgerichtliche Rechtsprechung indessen nicht gefolgt werden. Es wird eine chronifizierte, mittelschwere depressive Störung diagnostiziert. Daraus wird für eine einfach strukturierte Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % abgeleitet. Bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken. Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, wird praxisgemäss angenommen, dass – aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit – hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. Den hier interessierenden leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt es, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der – seltenen, gesetzlich verlangten – Konstellation mit Therapieresistenz ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2017 vom 15. Mai 2017 mit

Hinweisen). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Zwar wird die depressive Störung als chronisch angesehen, jedoch kann nicht davon gesprochen werden, dass die diesbezüglichen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Beschwerdeführerin lässt sich zwar seit vier Jahren ambulant behandeln, jedoch ist die Frequenz der Therapien nicht besonders hoch und die Beschwerdeführerin möchte sich offensichtlich nicht medikamentös behandeln lassen, obwohl die Kombination von therapeutischen Gesprächen und medikamentöser Behandlung bei Störungen in diesem Formenkreis üblicherweise angebracht ist und auch zumutbar erscheint. Im Gutachten wird denn auch festgehalten, dass eine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz nicht vorliege. Auch hat noch nie ein stationärer Aufenthalt stattgefunden. Es bestehen demnach keine Hinweise dafür, dass die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wären und als definitiv gescheitert gelten müssen. Dementsprechend ist die diagnostizierte depressive Störung nicht als invalidisierend zu betrachten. Auf die diesbezügliche gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann nicht abgestellt werden, ohne dass das Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlieren würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2.2 mit Hinweisen). In psychiatrischer Hinsicht ist demnach ebenfalls keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit gegeben. 8. Es ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin zumindest in einer einfach strukturierten Tätigkeit ohne verantwortungsvolle Aufgaben voll arbeitsfähig ist. Eine Tätigkeit im erlernten Beruf käme unter den vorliegenden Umständen (Migration, Ausbildung als Lehrerin im Irak, die hier kaum anerkannt würde und wegen fehlender Sprachkenntnisse auch nicht ausgeübt werden könnte) auch im Gesundheitsfall kaum in Frage. Damit erübrigt sich – wie von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung festgehalten – die Prüfung der Statusfrage bzw. in welchem Pensum die Beschwerdeführerin tätig wäre, denn es ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden zu bemessen. 9. Die Beschwerdeführerin lässt schliesslich berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen. Hierzu ist festzuhalten, dass infolge eines fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Anspruch auf solche bestehen kann. Aufgrund der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin selbst als nicht arbeitsfähig erachtet (sie äusserte im Rahmen der Begutachtung, in der Schweiz nie gearbeitet zu haben und mit diesem Kopf gar nichts arbeiten zu können), fehlt es auch an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 13. Juni 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 10. 10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Eine Entschädigung wird auch nicht geltend gemacht. 10.2 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).

E. 13

September 2017 (A.S. 17 f.) beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Die Beschwerdeführerin lässt sich nicht mehr vernehmen.

6. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) und in ihrer Beschwerdeantwort (A.S.

E. 17

f.) dar, die versicherungsmedizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin aus fachpsychiatrischer Sicht aufgrund der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode vermindert belastbar sei. Einfache leichte Tätigkeiten seien ihr im Rahmen von 50 % zumutbar. Aus rheumatologischer und orthopädischer Sicht lasse sich indes keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades müsse im konkreten Fall geprüft werden, welche Tätigkeit die versicherte Person ausüben würde, wenn sie nicht gesundheitlich beeinträchtigt wäre. Diesbezüglich sei durch die zuständige Abklärungsfachperson am 6. Oktober 2016 eine Abklärung vorgenommen worden. Dabei sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin mit dem im Sozialversicherungsrecht geltenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne gesundheitliche Einschränkung keiner ausserhäuslichen Tätigkeit nachgehen würde. Diese Einschätzung fusse auf der Tatsache, dass sie sich seit ihrer Einreise in die Schweiz ausschliesslich als Hausfrau betätigt und sich nicht um eine Integration auf dem Schweizer Arbeitsmarkt bemüht habe. Somit wäre vorliegend für die Bemessung des Invaliditätsgrades die spezifische Methode des Betätigungsvergleichs anzuwenden. Diese Bemessungsmethode betreffe Personen, die keine Erwerbstätigkeit ausübten, wie zum Beispiel im Haushalt tätige Versicherte. Der Invaliditätsgrad werde durch die Gegenüberstellung der ohne und mit Gesundheitsschaden ausgeübten bzw. möglichen Tätigkeiten bemessen. Im Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ werde einzig eine mittelschwere depressive Episode mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Es sei unter den gegebenen Umständen unerheblich, dass die Fachexperten diese als chronifiziert deklarierten. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit komme der Arztperson keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nehme diese zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gebe eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründe. Die Beschwerdegegnerin weiche aus rechtlichen Gründen und insbesondere unter Berücksichtigung der geltenden Rechtsprechung zu den depressiven Störungen von der gutachterlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab. Nach der Rechtsprechung gälten leichte bis mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapeutisch angebar. Nur wenn eine solche ausnahmsweise therapieresistent sei, stelle sie einen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar. Ein Termin alle zwei bis drei Wochen sei ungenügend für eine konsequente Therapie. Allein aufgrund der Tatsache, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht übernommen werden könne, verliere das Gutachten nicht seinen Beweiswert. Bei diesem Ergebnis könne offen bleiben, welche Bemessungsmethode

vorliegend anwendbar wäre, da ein invalidisierender Gesundheitsschaden aus IV-rechtlicher Sicht zu verneinen sei. Es bestehe damit weder ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen noch ein solcher auf eine Invalidenrente.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 6 ff.) entgegenhalten, sie sei seit ihrem Zuzug in die Einwohnergemeinde [...] im Jahr 2012 durchgehend krankgeschrieben. Einerseits habe sie körperliche Beschwerden, andererseits eine psychische Beeinträchtigung. Die Schmerzen und die Depression sowie die Medikamente verunmöglichten ihr die Hausarbeit und schränkten vor allem die Kognition stark ein. Gemäss Sozialarbeiterin der B.____ sei sie gewillt zu kooperieren, erscheine zu Gesprächen, und äussere ihren Wunsch zur Integration. Sie vergesse jedoch die Gesprächsinhalte sofort wieder und könne nichts umsetzen. Nur mit Hilfe ihrer Tochter gelängen alltägliche Erledigungen. Sie sei in vollem Umfang auf lebenspraktische Begleitung angewiesen. Seit Jahren sei eine berufliche Integration unmöglich. Wäre die Beschwerdeführerin gesund, würde sie heute in Anbetracht ihres Bildungs- und Zivilstandes ausserhäuslich arbeiten und ihr eigenes Geld verdienen. Ihre Kinder seien erwachsen. Es sei völlig unangebracht, die Beschwerdeführerin nicht als Arbeitnehmerin zu qualifizieren. Sie habe erwachsene Kinder, eine berufliche Vergangenheit in ihrer Heimat, beziehe Sozialhilfe und müsste daher einem Erwerb nachgehen, lebe von ihrem Ehemann getrennt, und sie habe ein chronifiziertes Leiden. Auch gemäss Gutachten sei sie zu 50 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdegegnerin habe nie irgendwelche beruflichen Massnahmen durchgeführt.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit 2003 (IV-Nr. 3 S. 5, Ziff. 6.3) bzw. eine Arbeitsunfähigkeit seit dem 23. Dezember 2013 (IV-Nr. 2 S. 4) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Dezember 2014 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 7. November 2014), was hier im Mai 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Mai 2015 gegeben sein. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2015 sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss 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.

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 gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Rente abgewiesen hat. Hierfür sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Nachdem die Beschwerdeführerin am 23. Juni 2014 zu Hause im Bad ausgerutscht war, erlitt sie eine mehrfragmentäre distale Radiusfraktur des rechten Arms. Am 3. Juli 2014 erfolgte diesbezüglich eine Operation und es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 4. bis 11. Juli 2014 attestiert. Bereits am 7. März 2014 war eine Osteosynthese einer distalen intraartikulären Radiusfraktur links erfolgt, nachdem die Beschwerdeführerin am 23. Dezember 2013 gestürzt war (Austrittsbericht des H. ___ vom 17. Juli 2014, IV-Nr. 9 S. 19 f.). Gemäss Bericht des I. ___ vom 27. August 2014 (IV-Nr. 9 S. 12 f.) wurde bei der Beschwerdeführerin zudem eine Osteoporose diagnostiziert.

5.2 Im Bericht des H. ___ vom 6. Januar 2015 (IV-Nr. 9 S. 9 f.) ist von einem stationären Aufenthalt vom 27. bis 28. Dezember 2014 die Rede. Als Hauptdiagnose wird ein akutes thorakolumbales Schmerzsyndrom genannt. Die Aufnahme sei aufgrund von starken, stechenden und wellenförmigen Rückenschmerzen über die Notaufnahme erfolgt. Das Röntgenbild der BWS und LWS habe ein korrektes Alignment gezeigt und es sei ein Frakturausschluss erfolgt. Die Mobilisation sei komplikationslos erfolgt und die Schmerzen hätten sich unter analgetischer Therapie verbessert.

5.3 Gemäss Arztbericht von Dr. med. J. ___, Facharzt für Innere Medizin FMH, damaliger Hausarzt der Beschwerdeführerin, vom 13. Februar 2015 (IV-Nr. 9), sind bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen zu stellen:

Die Arbeitsunfähigkeit sei schwer beurteilbar und durch Fachärzte vorzunehmen.

5.4 Der Arztbericht von Dr. med. K. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. April 2015 (IV-Nr. 11) äussert sich über verschiedene, bei der Beschwerdeführerin bestehende psychische und physische Einschränkungen wie Kopfschmerzen, Tinnitus, Freudverlust, Vergesslichkeit, operierte Hände mit Folgeschäden, Anpassungsstörung wegen Lärm- und Lichtempfindlichkeit sowie rezidivierende traurig-apathische Verstimmungen. Die Belastbarkeit sei auch für kleinere Anstrengungen aufgehoben. Er stellt folgende Diagnosen (bestehend seit 2003):

Die Arbeitsunfähigkeit betrage seit dem

E. 19

Dezember 2002 (recte 2012) 80 %.

5.5 Die Begutachtungsstelle C.____ hat im Auftrag der Beschwerdeführerin am 17. Juni 2016 ein polydisziplinäres Gutachten über die Beschwerdeführerin erstellt. Dieses beinhaltet die Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Orthopädische Chirurgie und Psychiatrie.

5.5.1 Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hält im internistischen Teil fest, die Beschwerdeführerin habe Schmerzen an beiden Fersen bis zu den Knien angegeben, die sie auch nachts verspüre. Daneben habe sie Schmerzen an den Schultern, am Ellbogen und am Rücken. Diese und die psychischen Probleme seien die Gründe für ihre Arbeitsunfähigkeit. Sie könne nicht gut schlafen, sei zu Hause aggressiv und vergesse viel. Sie habe in der Schweiz nie gearbeitet. Mit diesem Kopf könne sie gar nichts arbeiten.

Den allgemein-internistischen Befund erachtet der Gutachter als unauffällig.

5.5.2 In der rheumatologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin auf Nachfrage einerseits die Frakturen im Bereich der Unterarme in den Jahren 2013 und 2014 erwähnt, andererseits seit etwa 2011 bestehende Schmerzen im Bereich des Nackens, des Kopfes, der Schultern, der Knie, der Füße und der Daumensattelgelenke. Die Schmerzen hätten begonnen, als sie viele Probleme in der Familie gehabt habe. Seit dieser Zeit sei sie auch sehr müde und gehe kaum mehr aus der Wohnung. Im Haushalt könne sie nur noch leichtere Arbeiten durchführen. Die ältere Tochter helfe ihr. Sie habe auch Kreuzschmerzen. Insgesamt habe sie deshalb drei Infiltrationen erhalten, die während einem bis zwei Monaten eine deutliche Beschwerdelinderung gebracht hätten.

In der Befunderhebung hält der rheumatologische Gutachter zunächst den neurologischen Teilstatus fest: es bestehe eine verminderte Sensibilität distal der Narbe über dem ventralen Handgelenk rechts sowie im Bereich beider Füße, bei sonst normaler Berührungssensibilität. Der Vibrationssinn sei erhalten. Die Kraft an den Kennmuskeln der Arme sei seitengleich diffus auf Grad 4 abgeschwächt, ebenfalls an den Beinen. Die Fusshebemuskulatur sei im Sitzen auf Grad 4 abgeschwächt gewesen, jedoch habe die Beschwerdeführerin zuvor ohne Probleme den Fersengang durchführen können. Lasègue rechts mit Angabe von blockierenden Schmerzen. Jedoch habe die Beschwerdeführerin die Langsitzposition ohne Schmerzangabe einnehmen können. Sie habe während der Untersuchung auch zweimal spontan in der Langsitzposition gesessen.

Bei der Untersuchung des Rückens zeige sich die Rotation der HWS in Neutralstellung passiv rechts und links mit Schmerzangabe, wobei deutliche Gegeninnervationen spürbar gewesen seien. Bei Spontanbewegungen hätten mehrfach weitergehende Rotationsbewegungen beobachtet werden können. Die Lateralflexion der HWS betrage beidseits 10°, wiederum bei spürbaren Gegeninnervationen und unter endständiger Schmerzangabe. Die Schultern seien hochgezogen. Der Tonus des Trapezius beidseits sei erhöht und lokal druckdolent. Es bestünden eine Klopfdolenz über der oberen BWS und der ganzen LWS ohne segmentalen Befund, ein paravertebraler Muskelhartspann lumbal beidseits mit lokaler Druckdolenz wie auch eine Gegeninnervation beim Prüfen der Beweglichkeit der LWS, die nach allen Richtungen um zwei Drittel eingeschränkt sei. Der Finger-Boden-Abstand betrage 30 cm, wobei die Beschwerdeführerin gegen Ende der klinischen Untersuchung die mitgebrachte CD mit den Röntgenbildern unter zügigem Bücken mit gestreckten Beinen verstaute, bei einem Finger-Boden-Abstand von geschätzten 10 cm. Weiter bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz präasacral, über dem

medialen Beckenkamm beidseits und über der unteren LWS im Bereich der Dornfortsätze. Auf Nachfrage seien alle Schmerzpunkte gleich stark angegeben worden. Die Rotatorenmanschettentests beidseits seien negativ gewesen, kein Schulterimpingement. Beide Schultergelenke seien passiv frei beweglich. Das gleiche gelte für die Ellbogengelenke. Es bestünden eine Druckdolenz über dem Epicondylus humeri radialis und ulnaris beidseits und eine Druckdolenz über dem Daumensattelgelenk beidseits, sämtliche Gelenke an den Fingern seien druckschmerzhaft ohne weiteren palpatorischen oder inspektorischen Befund. Spürbar sei eine deutliche Gegeninnervation beim Prüfen der passiven Beweglichkeit der Hüft- und Kniegelenke. Im Sitzen habe die Beschwerdeführerin problemlos beide Gelenke beugen können.

5.5.3 Im orthopädischen Teilgutachten wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin beschreibe rechts sowie links Schmerzen am distalen Unterarm beidseits, es seien Knochenschmerzen, eher brennend. Besonders in den Fingern habe sie einen brennenden Schmerz und sie verspüre in den Fingergelenken eine Steifigkeit, besonders in den frühen Morgenstunden. Die Schmerzen hätten in den letzten vier bis sechs Wochen zugenommen. Im Haushalt mache sie so gut wie gar nichts. Ebenfalls habe sie Schmerzen im Bereich der Ellbogen. Immer wieder klage sie auch über Knieschmerzen, diesbezüglich seien die Schmerzen jedoch relativ erträglich.

Im Bereich der HWS reagiere die Beschwerdeführerin bei der Palpation sehr überempfindlich. Die HWS sei indessen in alle Richtungen frei beweglich. Im kaudalen Bereich der BWS bestehe eine vermehrte Kyphosierung. Die paravertebrale Muskulatur sei gut entwickelt, es bestehe jedoch eine diffuse Druckdolenz. Die Klopfempfindlichkeit über den Dornfortsätzen sei nur gering. Die Rotation sei einwandfrei, bei etwas vermehrten Schmerzangaben am thorako-lumbalen Übergang. Im Bereich der LWS bestünden eine vermehrte lumbosacrale Lordosierung und eine vermehrte Klopfempfindlichkeit am lumbosacralen Übergang. Die paralumbale Muskulatur sei verspannt. Die Schultern seien einwandfrei beweglich, die Funktionsprüfung der Ellbogen ohne Schmerzangabe. Bei der Palpation bestehe eine vermehrte Druckempfindlichkeit am medialen und lateralen Ellbogen-Epikondylus. Die Funktion am Handgelenk sei beidseits endgradig etwas gemindert, wobei die Beschwerdeführerin bei der Funktionsprüfung leicht überreagiere. Es bestehe eine Druckdolenz am Daumengrundgelenk und Sattelgelenk beidseits. Die Funktion der Finger sei einwandfrei und die Fingerkuppen seien relativ normal beschwilt, was ein Zeichen dafür sei, dass die Hände beidseits bei täglichen Anwendungen eingesetzt und nicht geschont würden. Die Beinstellung sei achsengerecht, Hüft-, Knie- und Fussgelenke funktionierten einwandfrei. Bei der Funktionsprüfung gebe die Beschwerdeführerin jedoch immer wieder vermehrtes Stöhnen von sich. Bei der Palpation der verschiedenen Gelenke würden keine Schmerzangaben gemacht. Links mehr als rechts deute sich ein Knickfuss an. Grobe neurologische Ausfälle fänden sich keine. Auf den vorhandenen Röntgenbildern der Handgelenke werde ein Status nach beidseitiger Radius und Processus styloideus-Fraktur dargestellt. Es bestehe ein Status nach beidseitiger Platten-Osteosynthese in achsengerechter und gelenksgerechter Stellung. Die Frakturen seien, den Berichten zufolge, bereits nach drei Monaten weitgehend konsolidiert. Eine knöcherne Demineralisierung von Bedeutung werde nicht beschrieben.

5.5.4 In psychiatrischer Hinsicht habe die Beschwerdeführerin geäußert, es bestünden in psychologischer Hinsicht viele Probleme in der Familie. Als sie mit den Kindern aus dem Irak in die Schweiz gekommen sei, habe sie grosse Ängste ausgestanden. Die Flucht,

tagelang in einem Camion, sei nicht einfach gewesen. Später in der Schweiz habe es nach einigen Jahren grosse Probleme mit dem einen Sohn gegeben, der immer wieder delinquent habe und in Haft gewesen sei. Ein Sohn lebe mit ihrer Mutter in der Türkei, sie habe diese zurücklassen müssen und schon jahrelang nicht mehr gesehen. Die ganze Situation habe ihr stark zu schaffen gemacht. Sie habe dann Probleme mit dem Ehemann bekommen und sich schliesslich von diesem getrennt. Sie habe nur noch geweint und sei aggressiv geworden. Mittlerweile ziehe sie sich zurück und möge nichts tun. Sie wolle keinen Kontakt und ertrage Lärm nicht. Sie weine heute noch immer wieder. Sie fühle sich alleine gelassen. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie zwischen 10.00 und 11.00 Uhr aufstehe, einen Tee trinke und sich den Grossteil der Zeit zu Hause in ihrem Zimmer aufhalte. Sie liege viel, döse teilweise. Im Haushalt mache sie wegen der Handbeschwerden nicht viel. Selten begleite sie ihre Tochter zum Einkaufen. Sie lese eigentlich nicht. Sporadisch sehe sie sich im Fernsehen die Nachrichten an. Sie studiere dauernd an der ganzen Situation herum. Wenn die Tochter sie bitte, gehe sie mit dieser vielleicht zehn Minuten spazieren, dann wolle sie wieder nach Hause. Sie wolle einfach Ruhe haben, Lärm ertrage sie nicht. Sie habe schon zweimal die Orientierung verloren, als sie alleine unterwegs gewesen sei. Freundinnen habe sie keine und das wolle sie auch nicht. Sie sei oft nervös und unruhig. Abends gehe sie um 21.00 Uhr zu Bett. Sie wälze sich dann hin und her und könne nicht richtig schlafen. Seit vier Jahren sei sie in einer ambulanten Therapie, die sie zunächst alle zwei Wochen und jetzt monatlich aufsuche. Sporadisch nehme sie Trittico. Ab und zu Cipralex oder Seralintabletten, jedoch nicht regelmässig. Sie fühle sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht in der Lage zu arbeiten. Sie sei mittlerweile alt und es gehe ihr gesundheitlich schlecht, sie habe auch körperliche Beschwerden.

Im Rahmen der Befunderhebung merkt der psychiatrische Gutachter an, die kognitiven Funktionen seien nicht beeinträchtigt gewesen. Die Beschwerdeführerin habe teilweise Mühe gehabt, ihren Zustand richtig zu beschreiben. Manchmal hätten gewisse Begriffe umschrieben werden müssen, damit sie diese verstanden habe. Den Beizug der anwesenden Dolmetscherin habe sie aber ausdrücklich abgelehnt. Ihre Beschwerden habe sie eher in pauschalisierender Weise beschrieben. Der Affekt habe gedrückt gewirkt, teilweise weinerlich. Die affektive Modulation sei erhalten gewesen, ebenfalls die geistige und mimische Mitbeteiligung.

5.5.5 In der zusammenfassenden Beurteilung erheben die Gutachter folgende Diagnosen:

6. Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 17. Juni 2016 (IV-Nrn. 26.1 bis 26.3) ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

6.1 Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse sowie einer eingehenden Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden beruht und von einem Facharzt auf dem entsprechenden Gebiet erstellt wurde. Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

Inhaltlich legt Dr. med. E.____ in rheumatologischer Hinsicht nachvollziehbar dar, dass bei der Beschwerdeführerin, die ein multilokuläres Schmerzsyndrom schildere, klinisch deutliche Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung vorhanden seien: Es hätten sich 18 von 18 Fibromyalgie-Druckpunkten und 3 von 3 Kontrollpunkten gefunden. Entsprechend dieser Konstellation seien die Beschwerden nicht im Sinne eines Fibromyalgie-Syndroms zu

interpretieren, sondern als Hinweis auf eine mögliche Schmerzstörung. Zudem hätten sich 5 von 5 positiven Waddel-non-organic-signs und pseudoneurologische motorische Ausfälle (zum Beispiel eine Fusshebeschwäche im Sitzen) gefunden. Auch die Bewegungsausmasse der HWS sowie Hüft- und Kniegelenke kontrastierten deutlich mit der Untersuchungssituation und den Spontanbewegungen. Neben dem rheumatologisch nicht erklärbareren multilokulären Beschwerdebild fänden sich noch andere Diagnosen, die aufgrund der klinischen Ausprägung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Dies betreffe den Verdacht auf Rhizarthrosen und die muskulären Dysbalancen am Schultergürtel beidseits. Bezüglich der 2014 diagnostizierten Osteoporose habe die Beschwerdeführerin angegeben, die medikamentöse Therapie nur während etwa zwei Monaten durchgeführt zu haben. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aufgrund dieser Diagnose nicht, jedoch sei diese Krankheit unbedingt zu behandeln. Ohne Berücksichtigung des Zustandes nach Radiusfraktur beidseits und operativen Behandlungen (die im orthopädischen Teilgutachten behandelt würden) liege aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

Dr. med. F.____ hält in seiner orthopädischen Beurteilung fest, die von der Beschwerdeführerin am 23. Dezember 2013 erlittene erste Radiusfraktur links sei zunächst konservativ behandelt worden. Wegen Instabilität habe im März 2014 dann eine erfolgreiche Osteosynthese der Fraktur stattgefunden. Nach einem erneuten Sturz drei Monate später habe wegen einer mehrfragmentären Fraktur am distalen Radiusende mit Gelenksbeteiligung am 3. Juli 2014 wiederum eine Platten-Osteosynthese stattgefunden. Der Verlauf sei komplikationslos gewesen. Wie aktuell beurteilt werden könne, bestehe klinisch und auch bildgebend ein einwandfreies Behandlungsergebnis der beiden Radiusfrakturen. Es fänden sich klinisch keine Funktionsstörungen der Hände und Finger bei gut erhaltener Feinmechanik. Das eigentliche Ausmass der Beschwerden wie in der Anamnese angegeben sei mit dem eigentlichen klinischen und bildgebenden Befund nicht konsistent. Eine mittelschwere, manuelle berufliche Tätigkeit wäre zum Erhalt der Fingerbeweglichkeit auch aus therapeutischer Sicht sehr zu empfehlen. Diese Einschätzung steht im Einklang mit den zum Zeitpunkt der erlittenen Frakturen erhobenen Befunden und Beurteilungen und ist ebenfalls schlüssig.

Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. G.____, kommt sodann zum ebenfalls nachvollziehbaren Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelschwere depressive Störung gemäss ICD-10 F32.1 zu diagnostizieren sei. In der Untersuchung wirke diese depressiv und affektlabil. Sie gebe an, unter Nervosität und Ängsten zu leiden, affektiv sei sie hingegen gut moduliert, kognitiv nicht beeinträchtigt und psychomotorisch unauffällig. Es wird auf den einzigen psychiatrischen Arztbericht von Dr. med. K.____ Bezug genommen, der wegen einer depressiven Entwicklung eine 80%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit Dezember 2012 angibt. Die Beschwerdeführerin nimmt gemäss ihren eigenen Angaben monatlich Konsultationen wahr. Die gutachterliche Beurteilung, dass eine konsequente antidepressive Therapie damit nicht durchgeführt werde, ist zu teilen. Insgesamt kommt der Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen einer psychosozialen Problematik (insbesondere aufgrund familiärer Umstände, dem Leben in einem fremden Land und ungenügender Integration) eine depressive Störung entwickelt habe, die ein etwa mittelschweres Ausmass angenommen habe. Die klinischen Befunde würden auf einen depressiven Zustand hinweisen, doch wirke die Beschwerdeführerin kognitiv und psychomotorisch nicht beeinträchtigt. Sie sei auch affektiv lebhaft und es

gelingen ihr gut, sich mitzuteilen und zu kommunizieren. Es bestehe aber eine dauerhaft gedrückte Stimmung, ein Interessen- und Freudverlust, eine Verminderung des Antriebs, das Selbstwertgefühl sei vermindert, sie fühle sich wertlos. Ein depressiver Zustand ist demnach ausgewiesen und der vom Gutachter angegebene Schweregrad leuchtet ein. Das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint dieser hingegen nachvollziehbar damit, dass die Beschwerdeführerin durchaus gut über ihre Flucht aus der Heimat berichten könne, ohne dass sich vegetative Anzeichen bemerkbar machten. Es bestehe nicht dauernd ein flashbackartiges Erinnern an diese Umstände. Die im Rahmen der psychosozialen Schwierigkeiten entstandene depressive Entwicklung ist nach gutachterlicher Einschätzung mittlerweile als chronifiziert zu erachten. Es finde keine intensive Behandlung mehr statt, eine medikamentöse Therapie werde ebenfalls nicht konsequent durchgeführt. Es sei nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zustand vermindert belastbar sei, wobei eine vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dadurch nicht begründet werden könne. Hinweise auf eine Aggravation oder eine ähnliche Erscheinung fänden sich nicht. Demgegenüber gebe es auch keine Hinweise auf eine gravierende Persönlichkeitsproblematik. Grundsätzlich weise die Beschwerdeführerin Ressourcen auf, es bestünden allerdings auch Defizite in sprachlicher Hinsicht und eine ungenügende Integration, weshalb die vorhandenen Ressourcen nur schlecht genutzt werden könnten. Es bestehe Hilfe durch die Kinder. In der Kommunikationsfähigkeit sei die Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt. Mittlerweile scheine sie nicht mehr motiviert zu sein, aktiv für eine Verbesserung eintreten zu wollen. Es sei denkbar, dass sich der affektive Zustand ungünstig auf die Verarbeitung der körperlichen Beschwerden auswirke. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit vier Jahren in einer ambulanten psychiatrischen Therapie. In der Vergangenheit seien offenbar auch medikamentöse Massnahmen angeboten worden, die sie aber nicht mehr durchführe. Die Konsultationsfrequenz sei ebenfalls ausgedünnt worden. Es sei denkbar, dass aufgrund der chronifizierten und psychosozial nicht beeinflussbaren Situation keine intensiven Therapiemassnahmen mehr stattfänden. Eine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege indessen nicht vor. Auch diese psychiatrische Einschätzung ist nachvollziehbar.

7. Nach dem Gesagten ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das beweiskräftige Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 17. Juni 2016 abgestellt hat. Dementsprechend besteht aus rein rheumatologischer und orthopädischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeit. Hingegen wird im Gutachten aus psychiatrischer Sicht von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer einfach strukturierten Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung ausgegangen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der depressiven Störung vermindert belastbar sei und im Verlauf des Tages kognitive Schwierigkeiten haben sowie längere Erholungsphasen benötigen dürfte. Theoretisch wäre eine einfach strukturierte Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung halbtags möglich.

Was das aufgrund der psychiatrischen Diagnose festgelegte gutachterliche Tätigkeitsprofil anbelangt, so kann diesem mit Verweis auf die diesbezügliche bundesgerichtliche Rechtsprechung indessen nicht gefolgt werden. Es wird eine chronifizierte, mittelschwere depressive Störung diagnostiziert. Daraus wird für eine einfach strukturierte Tätigkeit ohne Übernahme von Verantwortung eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % abgeleitet. Bei depressiven Störungen im mittelgradigen Bereich darf nicht unbesehen darauf geschlossen werden, eine solche Störung vermöchte eine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit

dauernde (teilweise) Erwerbsunfähigkeit zu bewirken. Bei leichten bis mittelschweren Störungen aus dem depressiven Formenkreis, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, wird praxisgemäss angenommen, dass ■ aufgrund der nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung regelmässig guten Therapierbarkeit ■ hieraus keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiert. Den hier interessierenden leichten bis mittelschweren depressiven Erkrankungen fehlt es, solange sie therapeutisch angebar sind, an einem hinreichenden Schweregrad der Störung, um diese als invalidisierend anzusehen. Nur in der ■ seltenen, gesetzlich verlangten ■ Konstellation mit Therapieresistenz ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan. Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Zudem muss die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein, als die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft worden sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_753/2017 vom 15. Mai 2017 mit Hinweisen). Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Zwar wird die depressive Störung als chronisch angesehen, jedoch kann nicht davon gesprochen werden, dass die diesbezüglichen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind. Die Beschwerdeführerin lässt sich zwar seit vier Jahren ambulant behandeln, jedoch ist die Frequenz der Therapien nicht besonders hoch und die Beschwerdeführerin möchte sich offensichtlich nicht medikamentös behandeln lassen, obwohl die Kombination von therapeutischen Gesprächen und medikamentöser Behandlung bei Störungen in diesem Formenkreis üblicherweise angebracht ist und auch zumutbar erscheint. Im Gutachten wird denn auch festgehalten, dass eine Unfähigkeit zur Therapieadhärenz nicht vorliege. Auch hat noch nie ein stationärer Aufenthalt stattgefunden. Es bestehen demnach keine Hinweise dafür, dass die Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft wären und als definitiv gescheitert gelten müssen. Dementsprechend ist die diagnostizierte depressive Störung nicht als invalidisierend zu betrachten. Auf die diesbezügliche gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann nicht abgestellt werden, ohne dass das Gutachten dadurch seinen Beweiswert verlieren würde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_689/2014 vom 19. Januar 2015 E. 2.2 mit Hinweisen). In psychiatrischer Hinsicht ist demnach ebenfalls keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit gegeben.

8. Es ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin zumindest in einer einfach strukturierten Tätigkeit ohne verantwortungsvolle Aufgaben voll arbeitsfähig ist. Eine Tätigkeit im erlernten Beruf käme unter den vorliegenden Umständen (Migration, Ausbildung als Lehrerin im Irak, die hier kaum anerkannt würde und wegen fehlender Sprachkenntnisse auch nicht ausgeübt werden könnte) auch im Gesundheitsfall kaum in Frage. Damit erübrigt sich ■ wie von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung festgehalten ■ die Prüfung der Statusfrage bzw. in welchem Pensum die Beschwerdeführerin tätig wäre, denn es ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden zu bemessen.

9. Die Beschwerdeführerin lässt schliesslich berufliche Eingliederungsmassnahmen beantragen. Hierzu ist festzuhalten, dass infolge eines fehlenden invalidisierenden Gesundheitsschadens kein Anspruch auf solche bestehen kann. Aufgrund der Tatsache, dass sich die Beschwerdeführerin selbst als nicht arbeitsfähig erachtet (sie äusserte im Rahmen der Begutachtung, in der Schweiz nie gearbeitet zu haben und mit diesem Kopf gar nichts arbeiten zu können), fehlt es auch an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit der

Beschwerdeführerin. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 13. Juni 2017 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

10.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin 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:

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Fischer

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