

BL_GERICHTE 720 21 22/43 vom 31. Mai 2006

BL Gerichte, 2006-05-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_22_43

FR: BL_GERICHTE 720 21 22/43 du 31 mai 2006

IT: BL_GERICHTE 720 21 22/43 del 31 maggio 2006

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, so dass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 20. Januar 2021 ist demnach einzutreten.

E. 2

Streitig ist der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 4. Dezember 2020 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (vgl. BGE 129 V 1 E. 1.2).

E. 3

Am 1. Januar 2022 trat die vom Gesetzgeber am 19. Juni 2020 beschlossene Änderung des IVG ("Weiterentwicklung der IV", WEIV) in Kraft. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV sowie des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. Februar 2022, 8C_455/2021 E. 2). Sie werden im Folgenden jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet. 4.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 4.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die

Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

4.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1).

4.4 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrads das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (vgl. BGE 114 V 313 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (vgl. BGE 128 V 29).

4.5 Auf ein Revisionsgesuch oder eine Neuansmeldung nach rechtskräftiger Verneinung eines Rentenanspruchs hat die Verwaltung nur einzutreten, 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV] vom 17. Januar 1961). Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2014 IV Nr. 33 E. 2). Tritt die Verwaltung auf

ein Revisionsgesuch oder eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist (SVR 2011 IV Nr. 2 E. 3.2; BGE 117 V 198 E. 4b). 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 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 (SVR 2008 IV Nr. 35 E. 2.1; BGE 117 V 198 E. 3a).

5.1 Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrads bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. 5.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung - und im Beschwerdefall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (vgl. BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

5.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser 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 der Expertin oder des Experten begründet sind (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

5.4 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten

ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, I 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen).

E. 6

Das Administrativverfahren und der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 ATSG und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben die Verwaltung und das Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2).

7.1 Zur Beurteilung des vorliegenden Falls liegen zahlreiche medizinische Unterlagen vor, die vom Gericht gesamthaft gewürdigt wurden. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den vorliegenden Entscheid als zentral erweisen.

7.2 In der Verfügung vom 31. Mai 2006, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin abgewiesen wurde, stützte sich die IV-Stelle bei der Beurteilung des somatischen Gesundheitszustands auf das Gutachten von Dr. C. ____ vom 20. Juli 2005. Demnach wurden ein tendomyotisches Zervikalsyndrom bei Streckhaltung der Halswirbelsäule (HWS), funktionelle und sehr unspezifische Schmerzsyndrome zervikal sowie im Schultergürtel ohne konkretes Korrelat, unspezifische und eher rein funktionelle Dysästhesien an der Hand und den Fingerkuppen, eine Haltungsinsuffizienz bei muskulärer Dysbalance und Knick-Spreizfüsse beidseits diagnostiziert. Ein signifikanter Befund für die Beschwerden sei nicht ersichtlich und die Versicherte sei voll arbeitsfähig. Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustands stützte sich die IV-Stelle auf das Gutachten von Dr. D. ____ vom 8. Mai 2006. Darin wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) festgestellt. Die Versicherte habe wegen Belastungen ein zunehmendes Schmerzsyndrom entwickelt. Zudem leide sie unter depressiven Verstimmungen. Das Ausmass sei leichtgradig ausgeprägt, denn objektiv würden sich mit Ausnahme einer gewissen Affektlabilität keine Hinweise auf eine depressive Störung finden. Es zeige sich eine massive Fehlverarbeitung, indem sich die Versicherte äusserst passiv verhalte, keinen Interessen nachgehe, viel liege und jegliche Verantwortung abgegeben zu haben scheine. Dieses Verhalten sei aufgrund der Symptomatik nicht nachvollziehbar und habe neurotische bzw. persönlichkeitspezifische Ursachen. Zudem

beständen Integrationsschwierigkeiten, eine geringe Bildung und soziokulturelle Faktoren. Insgesamt sei von einer leicht verminderten Belastbarkeit auszugehen. Bezogen auf ein Vollpensum sei aus psychiatrischer und gesamtmedizinischer Sicht seit November 2003 von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20% auszugehen. 7.3 Die Versicherte befand sich vom 29. November 2012 bis 7. Februar 2013 in der Klinik H.____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 22. Februar 2013 wurde eine gegenwärtig remittierte rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.4) diagnostiziert. Die Versicherte sei wegen latenten Suizidgedanken, zunehmender Depressivität und Überlastung des Umfelds in die Klinik eingetreten. Zu Beginn der Behandlung habe sie ein deutlich passiv-zurückgezogenes Bild mit Ratlosigkeit und Verzweiflung präsentiert und über tiefe Traurigkeit berichtet. Die Versicherte sei ins Depressionsprogramm aufgenommen worden und habe vom Aufenthalt in der Klinik profitiert. Sie sei in deutlich verbessertem Allgemeinzustand in die ambulante Betreuung von Dr. G.____ und die Klinik I.____ entlassen worden. 7.4 Am 12. Juli 2018 bestätigte Dr. G.____, dass sich die Versicherte seit Anfang 2004 bei ihm in psychiatrischer Behandlung befinde. Ihr psychopathologisches Zustandsbild sei im Quer- und Längsschnitt geleitet von einer anhaltenden mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik im Rahmen einer pathologischen Trauerreaktion nach dem Tod von drei Brüdern und der Mutter innert kurzer Zeit. Es beständen eine innere Unruhe bei gleichzeitiger Freud- und Kraftlosigkeit, ein negativ gefärbtes Gedankenkreisen um fehlende Zukunftsorientierung und Gefühle von Insuffizienz und Machtlosigkeit gegenüber dem als grausam erlebten Schicksal. Die Versicherte reagiere mit Rückzug und Somatisierung. Sie sei derzeit nicht in der Lage, dieses als massives Leid erfahrene Schicksal zu bewältigen. Medikamentös hätte sich hinsichtlich der Traurigkeit und der Schmerzen keine Besserung eingestellt und die stationären Massnahmen hätten keine Veränderung bewirkt. Aufgrund der anhaltend komplexen Beschwerden bestünde weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 7.5 Vom 3. Oktober 2018 bis 20. November 2018 befand sich die Versicherte in der Klinik J.____ in stationärer Behandlung. Im Austrittsbericht vom 26. November 2018 wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) und andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63) diagnostiziert. Die Versicherte sei wegen einer anhaltenden mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Störung sowie einer generalisierten Schmerzstörung in die Klinik eingewiesen worden. Im April 2018 sei ihr Vater gestorben, was sie sehr belaste. Sie habe seit 2004 viele Todesfälle innerhalb der Familie (drei Brüder und die Mutter) zu verkraften gehabt. Zudem habe die Tochter den Kontakt zu ihr abgebrochen. Die Versicherte sei in das multimodale Therapiekonzept eingebunden worden und habe sich nach anfänglicher Schwierigkeiten gut darauf einlassen sowie davon profitieren können. Aufgrund einer neuen Medikation habe sich der Schlaf und das Gedankendrängen gebessert. Die soziale Ängstlichkeit sei mit einem Expositionstraining angegangen worden, wobei sich bereits kleinere Erfolge eingestellt hätten. Sie sei in deutlich gebesserterem Zustand aus der Klinik ausgetreten. 7.6 Vom 15. Januar 2019 bis 5. Juni 2019 wurde in der Klinik J.____ eine teilstationäre Behandlung durchgeführt. Im Bericht vom 3. Juni 2019 wurden eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eine Agoraphobie mit Panikstörung, Klaustrophobie und Agoraphobie (ICD-10 F40.01), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) und andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63) diagnostiziert. Die Versicherte habe von verschiedenen Verlusterlebnissen berichtet, die sie

in grosse Trauer gestürzt hätten und über die sie nicht hinwegkomme. Es ginge ihr besser als vor der stationären Behandlung. Sie verspüre jedoch nach wie vor eine grosse innere Dunkelheit und sie habe kaum etwas, worüber sie sich freuen könne. Zu Beginn der Behandlung habe die Versicherte einen depressiven Erschöpfungszustand mit Antriebsstörung und rascher körperlicher und psychischer Ermüdbarkeit gezeigt. Zudem habe ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten bestanden. Sie habe sich gut in das Behandlungsprogramm und in die Patientengruppe integrieren können. Ihre Selbständigkeit im Alltag habe sich verbessert. Um die erreichten Fortschritte zu erhalten sollte die Versicherte regelmässige Aktivitäten ausser Haus aufbauen. Die Versicherte sei in stabilisiertem Zustand in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden. Eine Arbeitsunfähigkeit werde bis Ende Juni 2019 bescheinigt.

7.7.1 Die IV-Stelle veranlasste bei den Dres. E.____ und D.____ ein rheumatologisch-psychiatrisches Gutachten, welches am 20. März 2020 erstattet wurde. In rheumatologischer Hinsicht stellte Dr. E.____ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches vorwiegend tendomyotisches und statisch bedingtes zervikovertebrales bis zervikozepales Schmerzsyndrom, ein Verdacht auf ein dynamisches Karpaltunnelsyndrom (CTS) beidseits, ein scapholunäres Handgelenksganglion beidseits (rechts ausgeprägter als links), klinisch ein Verdacht auf eine Tendovaginitis de Quervain links, eine Adipositas Grad 3 (BMI 40,7 kg/m²) und eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung. Aktuell könnten keine neuen funktionsrelevanten Diagnosen gestellt werden, die eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit erklären würden. Im Vordergrund stünden weiterhin chronische Nacken- und Schultergürtelschmerzen, vorwiegend bedingt durch ausgeprägte tendomyotische Überlastungen bei insgesamt freier HWS-Funktion und ohne Hinweise auf eine begleitende radikuläre Reizsymptomatik. Insgesamt sei das Ausmass der objektivierbaren Befunde in gleicher Art und Weise zu werten wie im Rahmen der erstmaligen rheumatologischen Begutachtung von Dr. C.____ im Jahr 2005. Neu würden Schmerzen im Bereich der Handgelenke sowie dem Daumen links wie auch Dysästhesien in den Fingern I-III beidseits geltend gemacht. Bisherige Abklärungen würden die Diagnosen von dorsalen Handgelenksganglien und eines möglichen dynamischen CTS-Stadiums bei insgesamt unauffälliger Elektroneurographie zeigen. Auf aktive chirurgische Interventionen sei bisher verzichtet worden. Es könnten auch im Rahmen der aktuellen rheumatologischen Begutachtung keine funktionsrelevanten Diagnosen genannt werden, welche zu einer Funktionseinschränkung in einer angepassten Tätigkeit führen würden.

7.7.2 In psychiatrischer Hinsicht stellte Dr. D.____ am 20. März 2020 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung bestünden ein Status nach depressiver Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell remittiert (ICD-10 F33.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) und eine Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01). Die Versicherte gebe an, aufgrund von Todesfällen in der Familie in schwere Depressionen verfallen zu sein. Ausserdem habe ihr der Wegzug ihrer Tochter in die Türkei und der Kontaktabbruch zu ihr zu schaffen gemacht. Es sei darauf eine stationäre Behandlung in der Klinik J.____ wegen einer schweren depressiven Episode und hernach eine anschliessende Behandlung in der Tagesklinik erfolgt, welche im Juni 2019 abgeschlossen worden sei. Der Aufenthalt habe ihr gutgetan und sie habe im Anschluss eine Malgruppe besucht, die sie weiterbesuchen möchte. Zudem habe sie ein Expositionstraining durchgeführt. Sie habe Ängste und Panik, wenn sie alleine ausser Haus gehe, weshalb sie dies vermeide. Die Beziehung zum

Ehemann, der seit 2004 eine ganze IV-Rente beziehe, sei sehr gut. Sie reise jährlich in ihre Heimat, wo sie Verwandte besuche und sich wohlfühle. In der Untersuchung habe sich eine psychopathologisch völlig unauffällige Explorandin gezeigt, die herzlich lachen und Freude zeigen könne und kognitiv nicht eingeschränkt sei, obwohl sie angebe, unter Vergesslichkeit zu leiden. Sie sei psychomotorisch unauffällig und in keiner Weise durch allfällige Körperbeschwerden beeinträchtigt. Es zeige sich einzig eine Affektlabilität, indem sie zu weinen beginne, sobald sie über verstorbene Familienmitglieder berichte. Sie könne sich aber schnell wieder davon erholen. In den Berichten des behandelnden Arztes Dr. G.____ würden eine mittelgradig bis schwer ausgeprägte depressive Symptomatik und eine pathologische Trauerreaktion ohne verwertbare Arbeitsfähigkeit beschrieben. Die Austrittsberichte der Klinik J.____ aus der stationären und teilstationären Behandlung würden jeweils schwere depressive Episoden aufführen, welche sich während des Aufenthalts offensichtlich deutlich gebessert hätten. Ferner würden eine Agoraphobie mit Panikstörung, eine Klaustrophobie und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung genannt, wobei eine volle Arbeitsunfähigkeit angenommen werde. Es bestehe eine Diskrepanz zum psychopathologischen Befund, der sich nicht mit der Diagnose einer schweren depressiven Störung vereinbaren lasse. Für eine depressive Störung brauche es eine dauerhaft gedrückte Stimmung mit Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und erhöhter Ermüdbarkeit. Eine dauerhaft gedrückte Stimmung liege bei der Versicherten offensichtlich nicht vor, dürfte aber im Anschluss an die Todesfälle einige Zeit eine Rolle gespielt haben. Ein ausgesprochener Interesseverlust sei nicht vorhanden. So stricke sie gerne, schaue TV, empfinde auch Freude, wenn sie ihre Nichte mit den Kindern treffe, und möchte gerne wieder malen. Es bestehe auch keine Freudlosigkeit. Subjektiv gebe die Versicherte eine erhöhte Ermüdbarkeit an. In der Untersuchung sei diesbezüglich aber keine Beeinträchtigung feststellbar gewesen. Aufgrund der subjektiven Angaben könne angenommen werden, dass eine mögliche diskret gedrückte Stimmung bestehe, womit die Kriterien einer depressiven Störung aber nicht erfüllt seien. Traurigkeit alleine reiche zur Annahme einer Depression nicht aus. Die Trauerreaktion müsse im Rahmen der eher einfachen Persönlichkeitsstruktur der Versicherten interpretiert werden. Im Alltag sei sie dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei zu bestätigen. Zudem könne angenommen werden, dass eine Agoraphobie und möglicherweise eine gewisse Klaustrophobie bestehen würden. Immerhin sei es der Versicherten möglich, die Termine bei den behandelnden Ärzten und in der Malgruppe wahrzunehmen. Zurzeit würden keine verhaltenstherapeutischen Massnahmen durchgeführt, was auf einen eher geringen Leidensdruck schliessen lasse. Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung bestünden nicht. Die Versicherte verhalte sich tagsüber eher passiv, wobei es sich um ein gewohnheitsmässiges Verhalten zu handeln scheine. Insgesamt seien die objektivierbaren Befunde nicht mit einer gravierenden psychischen Störung, wie sie in den Unterlagen beschrieben werde, vereinbar. Insofern bestünden verschiedene Inkonsistenzen. Die Versicherte sei durchaus in der Lage, auf ihre Fähigkeiten und Ressourcen zurückzugreifen, soweit sie vorhanden seien. Ins Gewicht falle aber die psychosoziale Situation. Der Ehemann der Versicherten arbeite seit 2003 nicht mehr, sie verfüge über eine geringe Bildung und habe zudem kaum Kontakt zur einheimischen Bevölkerung. Die finanziellen Verhältnisse seien knapp und die Versicherte habe Mühe, verschiedene familiäre Todesfälle zu verarbeiten. Insgesamt würden die psychosozialen Umstände dominieren, welche auch den aktuellen Zustand resp. das subjektive Empfinden erklären würden. Aufgrund der remittierten depressiven Störung bestehe keine dauerhafte

Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit. Die Agoraphobie bereite der Versicherten Mühe, fremde Plätze aufzusuchen. Es könne mit ihr aber trainiert werden, sich an bekannte Plätze zu gewöhnen, die sie dann alleine aufsuchen könne. Einfach strukturierte Tätigkeiten, die körperlich nicht belastend seien, sollten der Versicherten daher in vollem Umfang möglich sein, vorwiegend an einer bekannten Arbeitsstelle, wo sie nicht wiederholt den Arbeitsplatz wechseln müsse. Der behandelnde Arzt Dr. G.____ habe in der Vergangenheit pauschal eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, was nicht ohne Weiteres nachvollziehbar sei. Sicher habe während der Hospitalisation in der Klinik J.____ ab Oktober 2018 bis zur Beendigung der Behandlung in der Tagesklinik im Juni 2019 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seither sei eine Remission eingetreten, so dass seit Oktober 2019 [recte wohl: Juli 2019] eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Gesamtmedizinisch sei keine relevante Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. 7.8 Am 9. Dezember 2020 nahm Dr. G.____ zur Einschätzung von Dr. D.____ Stellung, wobei er im Wesentlichen seine Beurteilung im Bericht vom 12. Juli 2018 wiederholte. Vor dem Hintergrund der anhaltenden komplexen Beschwerden und der fehlenden Bewältigungsfähigkeit bestünde weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die Beurteilung von Dr. D.____, wonach es der Versicherten möglich und zumutbar sein soll, einem Erwerb nachzugehen, würden seiner langjährigen Beobachtung im Verlauf der Therapie widersprechen und werde der tatsächlichen Situation der Versicherten nicht gerecht. 7.9 In einem weiteren Bericht vom 19. Juni 2021 hielt Dr. G.____ fest, die Versicherte sei geleetet vom Empfinden, gegenüber allen an sie gestellten Forderungen zu versagen. Es bestünde eine Neigung zu starker Angst und Panik, die sie dazu bewege, sich keiner Belastung mehr auszusetzen, was die Chronizität der Beschwerden aufrechterhalte. Ein Expositionstraining sei bis anhin nicht möglich gewesen, weshalb auch keine Therapiefortschritte hätten erreicht werden können. Es bestünde weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. 8.1 Die IV-Stelle stützte sich in der Verfügung vom 4. Dezember 2020 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Versicherten auf die Ergebnisse im bidisziplinären Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom 20. März 2020. Sie ging demnach davon aus, dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 31. Mai 2006 nicht massgeblich verändert hat. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 5.3 hiervoor ausgeführt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im bidisziplinären Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom 20. März 2020 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Vielmehr erfüllt es sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich die bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Gutachter hatten Kenntnis von sämtlichen bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäußerten Beschwerden auseinander und begründeten die Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. In inhaltlicher Hinsicht vermag sodann zu überzeugen und ist zu Recht unbestritten, dass die Beschwerdeführerin in einer körperlich angepassten Verweistätigkeit voll arbeitsfähig ist. Auch die psychiatrische Beurteilung ist nachvollziehbar. Selbst wenn die Ausführungen im psychiatrischen Gutachten stellenweise etwas knapp ausgefallen sind, setzte sich Dr.

D.____ dennoch hinreichend mit der Biographie, dem beruflichen Werdegang und den Alltagsaktivitäten der Versicherten auseinander. Seine Feststellungen des Befunds und dessen funktionellen Auswirkungen vermitteln ein einleuchtendes und stimmiges Bild über den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit der Versicherten. Es wird deutlich, dass sie ab Oktober 2018 wegen psychischen Beschwerden vorübergehend vollständig arbeitsunfähig war. Nach Austritt aus der Tagesklinik im Juni 2019 ist von einer Remission der affektiven Störung auszugehen. Seither beeinträchtigen weder die somatoforme Schmerz- noch die Angststörung die Leistungsfähigkeit der Versicherten massgeblich. Dr. D.____ differenzierte zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und den geltend gemachten Einschränkungen im Alltag der Beschwerdeführerin einerseits und den objektiv feststellbaren Befunden andererseits. Er erkannte, dass sie durchaus in der Lage ist, verschiedenen Aktivitäten (Stricken, Malen, Reisen in die Türkei) nachzugehen, im familiären Umfeld Kontakte zu pflegen, alltägliche Funktionen und Termine wahrzunehmen, was gegen eine schwere psychische Beeinträchtigung spricht. Die soziale Zurückgezogenheit und das eher tiefe Aktivitätsniveau sind nicht krankheitsbedingt und deshalb invalidenversicherungsrechtlich nicht relevant. Das Beschwerdebild der Versicherten ist aber erheblich durch psychosoziale Belastungsfaktoren (geringe Bildung, finanzieller Druck, kaum Kontakt zur einheimischen Bevölkerung) mitbestimmt, die vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.5 und BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Die entsprechenden, in Erwägung 7.7 wiedergegebenen Darlegungen im Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom 20. März 2020 vermögen zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann. Demnach ist davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Versicherten seit der letzten Begutachtung durch die Dres. C.____ und D.____ vom 20. Juli 2005 und 9. Mai 2006 nicht rentenrelevant verändert hat. 8.2 Was in der Beschwerde gegen das Gutachten von Dr. D.____ vorgebracht wird, verfängt nicht. Soweit die Beschwerdeführerin die Schlüssigkeit des Gutachtens mit dem Argument anzweifelt, die Dauer des Explorationsgesprächs sei (zu) kurz gewesen, ist ihr entgegen zu halten, dass es nach konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. März 2019, 8C_356/2018, E. 4.2 mit weiteren Hinweisen). Dies ist vorliegend entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin zu bejahen. Gesicherte Anzeichen dafür, dass die Anamnese oder die Beschwerden unvollständig erhoben worden wären, liegen nicht vor. Dazu kommt, dass Dr. D.____ die Beschwerdeführerin zum zweiten Mal begutachtete und er seine Beurteilung nicht nur auf die persönlichen Untersuchungen stützte. Vielmehr standen ihm darüber hinaus auch diverse Berichte der behandelnden Ärzte zur Verfügung, die es ihm ermöglichten, sämtliche für die Beurteilung relevanten Aspekte hinreichend zu erfassen. Es trifft zu, dass sich Dr. D.____ - wie die Beschwerdeführerin vorbringt - mit den Berichten der behandelnden Ärzte eher oberflächlich und nur knapp auseinandersetzte. Er setzte sich aber insofern nicht in Widerspruch zu den früheren Berichten, als er grundsätzlich eine affektive Störung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine Agoraphobie anerkannte. Weiter bestätigte er von Oktober 2018 bis zum Austritt aus der Tagesklinik im Juni 2019 eine psychisch bedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten. Diese Beurteilung ist aufgrund der Angaben im Bericht der Klinik J.____ vom 3. Juni 2019, wonach die Versicherte in gebesserten Gesundheitszustand entlassen und bis Ende Juni 2019 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, nachvollziehbar. Zudem konnte Dr. D.____ anlässlich der aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf ein

depressives Geschehen feststellen. Soweit der behandelnde Arzt Dr. G.____ (weiterhin) eine ausgeprägte affektive Störung und ein einschränkendes generalisiertes Schmerzsyndrom bejahte und eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist zunächst in Erinnerung zu rufen, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (vgl. BGE 124 I 170 E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Weiter ist zu beachten, dass eine Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet den Gutachtern praktisch immer einen Spielraum für verschiedene medizinische Interpretationen, was zulässig und zu respektieren ist, sofern die Gutachter - wie hier - lege artis vorgegangen sind. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 8C_835/2018, E. 3 mit Hinweis). Die Beschwerdeführerin legt nicht substantiiert dar und es ist auch nicht ersichtlich, dass aus den vorliegenden Berichten des behandelnden Arztes Dr. G.____ vom 9. Dezember 2020 und 19. Juni 2021 Gesichtspunkte hervorgingen, die von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären. Seine sehr allgemein gehaltenen Angaben vermögen nicht zu überzeugen. So führte er im Wesentlichen lediglich an, dass das psychopathologische Zustandsbild der Beschwerdeführerin im Quer- und Längsschnitt von einer anhaltenden mittelgradig bis schwer ausgeprägten depressiven Symptomatik im Rahmen einer pathologischen Trauerreaktion nach Tod von drei Brüdern und der Mutter innert kurzer Zeit geleitet sei. Damit beschrieb er aber v.a. die Situation, die 2018 zur stationären Behandlung der Beschwerdeführerin führte. Gegen eine fehlende Bewältigungsfähigkeit der Versicherten spricht zudem die Tatsache, dass sich der Gesundheitszustand der Verbesserten nach den stationären/teilstationären Behandlungen verbesserte. Im Bericht vom 19. Juni 2021 äusserte sich Dr. G.____ nicht mehr zur depressiven Symptomatik, sondern ausschliesslich zur Panikstörung und zur Agoraphobie. Er führte aus, dass diesbezüglich bisher noch keine spezifische Therapie initiiert worden sei. Das Expositionstraining werde durchgeführt, sobald die Beschwerdeführerin von einem erneut anstehenden Türkeiaufenthalt zurückkehre. Hierzu ist festzustellen, dass Dr. D.____ die Agoraphobie anerkannte und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigte. So wird vom Gutachter einerseits ein spezifisches Training verlangt und andererseits postuliert, dass die Beschwerdeführerin trotz der Ängste in der Lage sei, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen, wenn sie nicht wiederholt den Arbeitsplatz wechseln müsse. Unter diesen Voraussetzungen bzw. mit diesem Profil erscheint auch die Zumutbarkeitsbeurteilung von Dr. D.____ mit einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nachvollziehbar. Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens der Dres. E.____ und D.____ vom 20. März 2020 in Zweifel zu ziehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2) auf zusätzliche Abklärungen verzichtet werden kann.

E. 9

Nach dem Gesagten ist im Ergebnis nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gestützt auf die Ergebnisse im bidisziplinären Gutachten der Dres. E.____ und D.____ vom

20. März 2020 davon ausgegangen ist, dass die Versicherte weiterhin ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen erzielen könnte. Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Bemessung der Vergleichseinkommen anhand der Tabellenlöhne hat die Beschwerdeführerin zu Recht nicht bestritten, weshalb von weiteren Erörterungen dazu abgesehen werden kann. Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 4. Dezember 2020, mit welcher ein Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verneint wurde, im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde deshalb abzuweisen.

10.1 Gemäss 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend unterliegt die Beschwerdeführerin, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 9. Februar 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden.

10.2 Eine Parteientschädigung wird bei diesem Ausgang des Verfahrens nicht zugesprochen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 9. Februar 2021 auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrem Rechtsvertreter bewilligt worden ist, ist dieser für seine Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat in seiner Honorarnote vom 9. August 2021 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 11 Stunden 48 Minuten geltend gemacht, was umfangmässig in Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen sowie des doppelten Schriftenwechsels angemessen ist. Nicht zu beanstanden sind die geltend gemachten Auslagen in der Höhe von Fr. 84.50. Dem Rechtsvertreter ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'632.70 (11,8 Stunden à Fr. 200.-- [vgl. § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003] und Auslagen von Fr. 84.50 inkl. 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse auszurichten.

10.3 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Der Beschwerdeführerin wird keine Parteientschädigung ausgerichtet. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 2'632.70 (inkl. Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse bezahlt.