

SO_GERICHTE VSBES.2022.182 vom 4. August 2022

SO Obergericht, 2022-08-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.182

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.182 du 4 août 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.182 del 4 agosto 2022

Erwägungen

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die 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 (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.6 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). 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 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

E. 2.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die 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 (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124).

Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes 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 bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

E. 2.6

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). 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 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die Sache sei aus psychiatrischer Sicht nicht genügend abgeklärt worden, weshalb sie zur Durchführung von weiteren notwendigen medizinischen Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei. Eventualiter seien ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen auszurichten. Sie begründet dies im Wesentlichen damit, die Abweisung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente sei nicht rechens. Es stehe ihr eine volle (recte: ganze) Rente zu. Sie sei am 18. Mai 2018 in der Badewanne ausgerutscht und auf den Rücken gestürzt. Seither werde ihr eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für alle Tätigkeiten attestiert, inzwischen vor allem aus psychischen Gründen. Sie leide an Traumafolgestörungen. Es liege eine versicherte gesundheitliche Einschränkung mit langandauernder Auswirkung auf ihre Arbeitsfähigkeit vor. Die Grundproblematik bestehe in den Folgen von Misshandlungen und Traumatisierungen, die sie in ihrer Kindheit und Jugend erlebt habe. Die diagnostische Beurteilung der psychiatrischen E.____-Teilgutachterin Dr. med. F.____ entspreche nicht dem aktuellen Wissensstand über die spezifischen Gegebenheiten traumaassoziierter Symptome und Beschwerden. Die Gutachterin habe völlig ausser Acht gelassen, dass ihre Fähigkeiten auch durch die Ausbildung einer generell verminderten Stressresistenz und einer limitierten bzw. dysfunktionalen Bewältigungsstrategie als überdauernde und chronische Traumafolgen beeinträchtigt seien. Im Begutachtungszeitpunkt bestünden nach wie vor gesundheitlich relevante Einschränkungen, welche ihre persönlichen Ressourcen schmälerten und als chronische Belastungen zu verstehen seien. Die emotionale Belastbarkeit sei krankheitsbedingt nach wie vor deutlicher vermindert, als dies im E.____-Gutachten ausgewiesen werde. Es sei von der Beschwerdegegnerin unterlassen worden, weitere notwendige Abklärungen durchzuführen (vgl. A.S. 10 ff.). Die Beschwerdegegnerin hält dafür, das Gutachten sei beweiswertig (A.S. 26). Im Folgenden ist das von der Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren veranlasste E.____-Gutachten darzulegen:

3.2 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen) E.____-Gutachten vom 30. Juni 2021 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Mai 2021 in den jeweiligen Fachdisziplinen untersucht und begutachtet wurde. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Anamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig weitgehend remittiert (ICD-10 F33.4); 2. Chronische Hüftbeschwerden rechts (ICD-10 M79.65/Z96.6), Status nach Implantation einer Hüfttotalprothese am 29.07.2020 bei beginnender Abnützung, Verdacht auf Bursitis trochanterica, DD Blockade des Iliosakralgelenkes rechts/lumboradikuläres

Schmerzsyndrom (Dr. P. G.____, D.____ [...]), radiologisch mässiger Gelenkserguss und periprothetisches Ödem (Röntgen 11.01.2021 und MRI 19.01.2021), klinisch kein objektivierbares relevantes funktionelles Defizit». Die weiteren gestellten Diagnosen (1. Anamnestisch posttraumatische Belastungsstörung [ICD-10 F43.1]; 2. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom [ICD-10 M54.80], radiologisch Osteochondrose LWK2/3; keine Neurokompression; unauffällige Iliosakralgelenke [MRI 03.11.2020 und 19.01.2021], ohne Anhalt für radikuläre Beteiligung; 3. Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom unter Betonung der rechten Körperhälfte [ICD-10 R52.9]; 4. Adipositas mit einem BMI von 33 kg/m²[ICD-10 E66.0]) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Die interdisziplinäre medizinische Beurteilung lautete wie folgt: Aus Sicht des Bewegungsapparates könnten die von der Explorandin ubiquitär beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht begründet werden. Anlässlich der Untersuchung zeigten sich zudem massive Inkonsistenzen mit unter Ablenkung letztlich uneingeschränkter Funktion des Bewegungsapparates, sodass von einer erheblichen nichtorganischen Beschwerdeursache auszugehen sei. Aufgrund der persistierenden rechtsseitigen Leistenschmerzen nach Hüftgelenkersatz könne die Explorandin keine Tätigkeiten in kauenden oder knienden Positionen ausüben, ansonsten seien sämtliche körperlich leichten Verrichtungen unter Wechselbelastung aus Sicht des Bewegungsapparates uneingeschränkt zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht erfülle die Explorandin nicht die ICD-Diagnose-Kriterien für eine anhaltende Schmerzstörung. Gegen das Vorliegen einer anhaltenden Schmerzstörung (F45.4) spreche die Tatsache, dass der Schmerz nach einem Sturzereignis im Jahr 2018 aufgetreten sei, sich zu diesem Zeitpunkt die Familienproblematik aber bereits entspannt habe. Anamnestisch sei von einer aktuell weitgehend remittierten rezidivierenden depressiven Störung auszugehen. Auch wenn anamnestisch möglicherweise eine posttraumatische Belastungsstörung vorgelegen habe, habe sich diese weitgehend zurückgebildet. Spezifische, gegenwärtig vorliegende Beschwerden im Zusammenhang mit der sexuellen Traumatisierung in der Kindheit und Jugend könnten nicht festgestellt werden und seien von der Explorandin auch nicht beklagt worden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Durchhaltefähigkeit der Explorandin leicht reduziert und es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf. Weder aus allgemein-internistischer noch aus neurologischer Sicht könnten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden.

Zu Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde angegeben, die Explorandin verfüge über vielfältige Fähigkeiten und Ressourcen. Sie pflege gute soziale Kontakte, dies zu ihren Kindern, neu auch zu der älteren Dame, für welche sie arbeite. Es gelinge ihr, belastende Lebensereignisse in den Hintergrund zu stellen und sich auf das aktuelle Geschehen einzulassen. Sie verrichte ihren Haushalt, erledige administrative Aufgaben, fahre Auto und unternehme Fernreisen. Zur Konsistenzprüfung führten die Gutachter aus, anlässlich der Exploration hätten sich bei der Untersuchung des Bewegungsapparates deutliche Inkonsistenzen als Hinweis für das Vorliegen einer erheblichen, nicht-organischen Beschwerdekomponekte gezeigt. Zudem bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden, sodass von einer Verdeutlichungstendenz auszugehen sei. Sämtliche Waddell-Zeichen seien positiv gewesen, dies als weiterer Hinweis auf das Vorliegen für eine im Vordergrund stehende nicht-organische Schmerzursache.

Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde wie folgt eingeschätzt: In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin könne die Explorandin zwischen 7 und 8 Stunden pro Tag anwesend sein, wobei ein erhöhter Pausenbedarf mit einer leichten Leistungseinschränkung bestehe. Bezogen auf ein 100%-Pensum betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit 80 %. Die aktuellen Angaben könnten seit Mai 2018 angenommen werden, unterbrochen von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit von Juli 2020 bis zum Januar 2021 (postoperative Rekonvaleszenz). Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde wie folgt beurteilt: Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne kauende oder kniende Tätigkeitsanteile sei zu 8 Stunden pro Tag zuzumuten. Zu empfehlen sei eine klar strukturierte Tätigkeit in einem kleinen Team mit kompetenten Vorgesetzten. Dabei bestehe ein gering erhöhter Pausenbedarf. Bezogen auf ein 100%-Pensum betrage die Arbeits- und Leistungsfähigkeit 90 % seit Mai 2018, ebenfalls unter Berücksichtigung der postoperativen Rekonvaleszenz. Abschliessend wurde dargelegt, die quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % sei rein psychiatrisch bedingt. Berufliche Massnahmen seien angesichts der subjektiv fixierten Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung der Explorandin nicht sinnvoll durchführbar (IV-Nr. 61.2 S. 4 ff.).

3.2.1 Aus dem allgemein-internistischen E.____-Teilgutachten (Prof. Dr. med. H.____, FMH Allgemeine Innere Medizin) geht hervor, ganz im Vordergrund stünden die Schmerzsymptomatik sowie die psychische Situation. Zu diesen werde aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht Stellung bezogen. Aus allgemein-internistischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden (IV-Nr. 61.2 S. 24 ff.).

3.2.2 Der neurologische E.____-Teilgutachter (Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie) gab an, neurologische Ausfälle seien nicht berichtet worden und dies sei auch das Ergebnis der aktuellen Untersuchung. Diese falle in objektiver Hinsicht bei seitengleichen mittellebhaften Reflexen völlig regelrecht aus. Von der Schilderung her, aus welcher sich eine Schmerzbetonung lumbosakral ergebe, bleibe ein leichtgradiges LWS-Syndrom und gewisse Restbeschwerden nach Hüft-Totalprothesenersatz denkbar. Dies sei vom orthopädischen Gutachter zu beurteilen, eine neurale Beteiligung liege hier jeweils nicht vor. Aus neurologischer Sicht bestehe kein weiterer Handlungsbedarf (IV-Nr. 61.2 S. 52 ff.).

3.2.3 Aus dem orthopädischen E.____-Teilgutachten (Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie) kann Folgendes entnommen: Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die ubiquitär u.a. sämtliche Abschnitte des Bewegungsapparates umfassenden Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls begründen liessen. Nicht zuletzt aufgrund der massiven Inkonsistenzen mit unter Ablenkung letztlich uneingeschränkter Funktion des Bewegungsapparates sei von einer im Vordergrund stehenden nicht-organischen Beschwerdeursache auszugehen. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten bezüglich des Ausmasses keinesfalls nachvollzogen werden. Für körperlich leichte Verrichtungen könne auf der Ebene des Bewegungsapparates von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden. Zur Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin wurde angegeben, für körperlich leichte Verrichtungen unter Wechselbelastung einschliesslich der Reinigungstätigkeit bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der persistierenden rechtsseitigen Leistenschmerzen nach

Hüftgelenksersatz sollten lediglich kauende und kniende Positionen aktuell nicht zugemutet werden. Es sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit nach dem am 29. Juli 2020 durchgeführten Hüftgelenksersatz, spätestens aber sechs Monate postoperativ von einer zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies gelte auch für eine angepasste Verweistätigkeit (IV-Nr. 61.2 S. 40 ff.).

3.2.4 Die psychiatrische E.____-Teilgutachterin, Dr. med. F.____, gab in ihrem Teilgutachten (Untersuchung vom 18. Mai 2021) zur Herleitung der Diagnosen an, soweit beurteilbar, sei als psychiatrische Grunddiagnose eine posttraumatische Belastungsstörung anzunehmen. Diese Diagnose sei von den Behandlern im Jahr 2018 nach erstmaliger Aufnahme einer psychologischen Behandlung gestellt worden. Aufgrund der Angaben der Explorandin zur Lebensgeschichte und der offenbar im Jahr 2018 vorliegenden Symptome und Beschwerden sei diese diagnostische Einteilung nachvollziehbar. Zum aktuellen Zeitpunkt habe sich die posttraumatische Symptomatik weitgehend zurückgebildet. Sie wirke sich jedoch noch in einem leichtgradigen Ausmass auf die Befindlichkeit aus. Es gelinge der Explorandin, im Umgang mit Mitmenschen, auch innerhalb der Familie, allfällige Beschwerden in den Hintergrund zu stellen, sodass diesbezüglich keine erhebliche Symptomlast anzunehmen sei. Anlässlich der Exploration seien die Erlebnisse in der Kindheit und Jugendzeit ausführlich geschildert worden, spezifische, gegenwärtig vorliegende Beschwerden im Zusammenhang mit der Traumatisierung hätten jedoch nicht festgestellt werden können und seien von der Explorandin nicht beklagt worden. Wahrscheinlich im Zusammenhang mit verschiedenen lebensgeschichtlichen Ereignissen und Belastungen habe sich eine affektive Störung im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung entwickelt. Zumindest vorübergehend scheine eine höhere Symptomlast vorgelegen zu haben, in den Akten werde mehrfach eine mittelgradige depressive Episode aufgeführt, zuletzt Anfang 2020. Diesbezüglich sei festzustellen, dass gegenwärtig kein relevantes depressives Syndrom habe festgestellt werden können. Die Diagnosekriterien der ICD-10 für das Bestehen einer depressiven Episode mit gedrückter Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs und erhöhter Ermüdbarkeit erfüllte die Explorandin nicht in ausreichendem Ausmass. Sie berichte subjektiv über erhöhte Ermüdbarkeit, wie auch über Schlafstörungen, ansonsten beklage sie keine affektiven Beschwerden. Die Angaben zum Tagesablauf und zu den Aktivitäten wiesen auf keine erhebliche Beeinträchtigung hin. Diesbezüglich sei gegenwärtig wohl von einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen, dies unter Berücksichtigung der vorliegenden Akten, gegenwärtig bestehe jedoch kein relevantes depressives Syndrom. Zudem sei festzustellen, dass anlässlich der Laboruntersuchung vom 18. Mai 2021 der Vortioxetin-Spiegel unterhalb des therapeutischen Bereichs gelegen sei, was auf eine zumindest unregelmässige Einnahme von Brintellix hinweise, und somit auf einen geringen Leidensdruck bezüglich depressiver Beschwerden. Die im Arztbericht von Dr. med. K.____ aufgeführten spezifischen Phobien hätten anlässlich der Exploration nicht bestätigt werden können; die Explorandin habe keine entsprechenden Angaben gemacht. Die Diagnosekriterien der ICD-10 für eine anhaltende Schmerzstörung (F45.4) seien nicht erfüllt worden. Der Schmerz sei nach einem Sturz im Jahr 2018 aufgetreten, zu diesem Zeitpunkt habe sich die familiäre Problematik entspannt. Vorübergehend habe die Explorandin vermehrt Alkohol getrunken, anlässlich der Laboruntersuchung vom 18. Mai 2021 habe jedoch ein normaler CDT-Wert festgestellt werden können, sodass gegenwärtig nicht von einem übermässigen Alkoholkonsum auszugehen sei. Anlässlich der Exploration hätten sich keine Hinweise für das Vorliegen weiterer psychiatrischer Störungen,

insbesondere keiner Persönlichkeits- und Verhaltensstörung, gefunden, wenn auch von einer Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionischen Anteilen (Z73) auszugehen sei.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung legte die psychiatrische Teilgutachterin zur gesundheitlichen Entwicklung im Wesentlichen dar, während ihrer Kindheit und Jugendzeit sei die Explorandin über längere Zeit von verschiedenen Personen sexuell missbraucht worden. Zu ihrer Mutter habe keine liebevolle Beziehung bestanden, ihre Mutter habe in ihr vor allem eine Arbeitskraft gesehen. Mit ihrem Vater habe sie sich besser verstanden und sich in seiner Anwesenheit wohlfühlt. Dieser sei jedoch, nach Entdecken des Missbrauchs als sie 12 oder 13 Jahre alt gewesen sei, ihr gegenüber abweisend und wütend geworden. Sie habe während einigen Jahren die Schule besucht, danach jedoch im elterlichen Betrieb und in einem Restaurant arbeiten müssen. Nach ihrer Heirat habe sie weitergearbeitet und sei im Jahr 2004 gemeinsam mit ihrem Ehemann und ihrem Sohn in die Schweiz gereist, wo sie seither lebe. Auch hier habe sie gearbeitet, hauptsächlich in der Reinigung. Psychische Probleme hätten sich erstmals nach einem Sturz im Jahr 2018 eingestellt, seither stehe sie in ambulanter psychiatrischer bzw. psychologischer Behandlung. Sie sei geschieden und pflege seit einigen Jahren eine unterstützende Partnerschaft. Sie lebe mit ihren zwei Kindern zusammen, zu welchen eine sehr gute Beziehung bestehe. Seit dem Unfall im Jahr 2018 habe sie nicht mehr gearbeitet. Seit Anfang 2021 arbeite sie mit einem Pensum von 20 % als Haushaltshilfe. Gemäss ihren Angaben habe der Sturz in der Badewanne im Jahr 2018 vermehrt Erinnerungen an ihre Kindheit und Jugendzeit freigesetzt, welche sie zunehmend belastet hätten. Zudem bestünden körperliche Probleme, zuletzt sei an der rechten Hüfte eine Totalprothese eingesetzt worden.

Zum Behandlungsverlauf wurde ausgeführt, unter der laufenden psychologisch / psychiatrischen Behandlung sei im Verlauf eine Stabilisierung bzw. Teilremission der im Jahr 2018 beklagten Beschwerden eingetreten. Zur Behandlung der Depression werde Brintellix eingesetzt, wobei dies offenbar nicht regelmässig eingenommen werde. Bezüglich Heilungschancen sei festzustellen, dass im Vergleich zum Beginn des Jahres 2018 eine deutliche Verbesserung eingetreten sei. Bei Vorliegen einer rezidivierenden Störung, welche in engem Zusammenhang mit psychosozialen Belastungsfaktoren stehe, seien jedoch, auch unter Behandlung, wiederholte Episoden unterschiedlichen Schweregrades möglich. Diesbezüglich sei festzustellen, dass die antidepressive Behandlung bei Bedarf noch deutlich ausbaufähig wäre. Zur Konsistenz und Plausibilität im Alltag wurde dargelegt, die Angaben der Explorandin zu Aktivitäten und Tagesablauf wiesen auf keine relevanten Einschränkungen hin. Ergänzend sei anzuführen, dass ■ gerade im Vergleich zu den Angaben zum Psychostatus im Bericht von Dr. med. K. ___ vom April 2020 ■ eine deutliche Verbesserung aufgetreten sei. Damals habe eine mittelgradige Beeinträchtigung der Konzentration sowie des formalen Gedankenganges bestanden, bezüglich des affektiven Erlebens habe eine schwergradige Beeinträchtigung festgestellt werden können und es sei eine ausgeprägt deprimierte und hoffnungslose Stimmung vorhanden gewesen. Zudem sei bezüglich der beruflichen Situation auf schmerzbedingte Einschränkungen abgestellt worden. Die Aussage, dass die Explorandin über wenig Ressourcen verfüge, könne nicht bestätigt werden. Im Jahr 2019 sei eine Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. L. ___ vorgenommen worden. Dieser habe ab 1. Juli 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde schliesslich festgestellt, die Explorandin verfüge über

vielfältige Fähigkeiten und Ressourcen. Sie pflege gute soziale Kontakte, dies zu ihren Kindern, neu auch zu der älteren Dame, für welche sie arbeite. Es gelinge ihr, belastende Lebensereignisse in den Hintergrund zu stellen und sich auf das aktuelle Geschehen einzulassen. Sie verrichte ihren Haushalt, erledige administrative Aufgaben, fahre Auto und unternehme Ferienreisen (IV-Nr. 61.2 S. 30 ff.).

3.3 RAD-Arzt Dr. med. M.____, praktischer Arzt, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Juli 2021 fest, er könne sich der Beurteilung der E.____-Gutachter anschliessen. Seit dem 19. Mai 2018 bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Raumpflegerin eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, unterbrochen von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % vom 29. Juli 2020 bis 31. Januar 2021 (postoperative Rekonvaleszenz nach Implantation einer Hüftprothese). In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe seit dem 19. Mai 2018 eine Arbeitsfähigkeit von 90 %, ebenfalls unterbrochen durch die vorerwähnte Rekonvaleszenz. Eine medizinische Auflage sei nicht angezeigt. Von einer Einschränkung im Haushaltsbereich sei nicht auszugehen (IV-Nr. 64).

3.4 Der im Vorbescheidverfahren abgegebenen Stellungnahme des RAD-Arztes vom 6. Mai 2022 kann entnommen werden, die medizinischen Vorakten seien im polydisziplinären E.____-Gutachten für die streitigen Belange umfassend berücksichtigt worden. Das Gutachten sei in Bezug auf die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und schlüssig. Auch aus den noch zusätzlich eingeholten aktuellen medizinischen Unterlagen ergäben sich keine neuen Aspekte, die Zweifel an der attestierten Arbeitsfähigkeit begründeten. Es handle sich hier um eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts. Mit dem Einwand seien keine neuen Tatsachen geltend gemacht worden, die eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als im polydisziplinären Gutachten vom 30. Juni 2021 und in der RAD-Stellungnahme vom 1. Juli 2021 zur Folge hätten. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 79 S. 2 f.).

E. 4

4.1 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste, vier Disziplinen umfassende polydisziplinäre (allgemeininternistische, neurologische, orthopädische und psychiatrische) B.____-Gutachten vom 30. Juni 2021 für die streitigen Belange auf allseitigen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 18., 19. und 26. Mai 2021 beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten abgegeben wurde. Die aus sämtlichen Teilgutachten hervorgehenden Abklärungsergebnisse wurden im Rahmen einer gutachterlichen Konsensbeurteilung (interdisziplinäre Gesamtbeurteilung; IV-Nr. 61.2 S. 4 ff.) zusammengefasst und gemeinsam beurteilt. Das Gutachten wurde von sämtlichen Gutachtern im Nachgang zur Konsensbesprechung mit einer elektronischen Signatur unterzeichnet. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit hergeleitet, wobei zu abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten Stellung genommen wird. Schliesslich werden die gestellten Fragen beantwortet. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und die Konsensbeurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Administrativgutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht

(BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 und 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. E. II. 2.5 hiervor).

4.2 Die psychiatrische E.____-Teilgutachterin Dr. med. F.____ kam aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse vom 18. Mai 2021 zum Schluss, aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin zur Lebensgeschichte und auch angesichts der offenbar im Jahr 2018 vorliegenden Symptome und Beschwerden sei die gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung zwar nachvollziehbar, die posttraumatische Symptomatik habe sich zum aktuellen Zeitpunkt jedoch weitgehend zurückgebildet. Sie wirke sich nur noch in einem leichtgradigen Ausmass auf die Befindlichkeit der Beschwerdeführerin aus. Es gelinge ihr, im Umgang mit Mitmenschen (auch innerhalb der Familie) allfällige Beschwerden in den Hintergrund zu stellen, sodass diesbezüglich keine erhebliche Symptomlast anzunehmen sei. Spezifische, gegenwärtig vorliegende Beschwerden im Zusammenhang mit der sexuellen Traumatisierung in der Kindheit und Jugendzeit hätten nicht festgestellt werden können und seien von der Beschwerdeführerin auch nicht beklagt worden (IV-Nr. 61.2 S. 9 und 35 f.). Dementsprechend stellte die psychiatrische Gutachterin die Diagnose «anamnestisch posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» und stufte diese Diagnose als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein. Damit übereinstimmend stellte die psychiatrische Gutachterin vielfältige Fähigkeiten und Ressourcen der Beschwerdeführerin (Haushaltsverrichtungen, Erledigung von administrativen Aufgaben, Autofahren, Fernreisen; langjährige unterstützende Partnerschaft, gute soziale Kontakte zu ihren Kindern und neu auch zu einer älteren Dame, für die sie arbeite) fest und kam zum Schluss, im Vergleich zu den Angaben zum Psychostatus im Bericht von Dr. med. K.____ vom 24. April 2020 sei eine deutliche Verbesserung eingetreten (vgl. IV-Nr. 61.2 S. 10 und 37 f. Ziff. 7.3.3 und 7.4). Der rein psychiatrisch bedingten Einschränkung der Leistungsfähigkeit (erhöhter Pausenbedarf, leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit) wurde mit der attestierten Einschränkung im Ausmass von 20 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin bzw. 10 % in einer optimal angepassten Verweistätigkeit Rechnung getragen.

4.3 Dieser Einschätzung der medizinischen Situation und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die psychiatrischen E.____-Teilgutachterin stehen verschiedene medizinische Berichte behandelnder Ärzte entgegen.

4.3.1 Dem Austrittsbericht des B.____, Klinik für Schmerztherapie, vom 20. August 2018 über die Hospitalisation vom 6. bis 31. August 2018 können folgende (Haupt-)Diagnosen entnommen werden: «Chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) mit/bei dekompensiertem lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts, ISG-Syndrom rechts, myofaszialem Schmerzsyndrom Mm. Piriformis, iliopsoas und gluteus rechts, radiologisch Spondylarthrosen L3/4 bis L5/S1 und Diskusprotrusionen L2/3, L3/4 und L4/5, myofaszialem Schmerzsyndrom cervicobrachial, mittelgradiger depressiver Episode F32.1 und andauernder Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung F62.0». Unter «Verlauf Psychiatrie» wurde angegeben, die Patientin habe im psychotherapeutischen Setting schnell Vertrauen gefasst. Konfrontiert mit der Diskrepanz zwischen ihrem Auftreten (vor allem Mimik, häufiges Lachen) sowie ihren Verbalisationen («es geht mir gut») und ihrem durch die Therapeutin wahrgenommenen Gefühlszustand (Traurigkeit/Verzweiflung) nehme die Abwehrhaltung schnell ab und es entstehe ein intensiver psychotherapeutischer Prozess, in dem sie von frühen sexuellen Missbrauchserfahrungen berichten könne. Diese seien sehr schambesetzt und daher bis

anhin mehrheitlich von ihr verschwiegen worden. Im Verlauf der Behandlung gelinge es der Patientin zunehmend, die durch den Sturz verursachten Schmerzen von anderen Schmerzen, welche sie vermehrt als durch die psychische Belastung verursacht sehen könne, zu unterscheiden. Dies ermögliche ihr einen verbesserten Umgang mit den Schmerzen. Auch ihren Putzzwang und dessen Funktion könne sie nun anders begreifen und einordnen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung und der Bereitschaft der Patientin, sich mit den Traumata in Kindheit und Jugend sowie auch mit den aktuellen auseinanderzusetzen, könne die Patientin einer traumaspezifischen psychotherapeutischen Weiterbehandlung im stationären Setting zustimmen.

Die Bio-psycho-soziale Zusammenfassung lautete dahingehend, als Ursache für die lumbalen, cervicalen und thorakalen Schmerzen finde man chronisch rezidivierende degenerative Veränderungen, muskuläre Verspannungen, biomechanische Funktionsstörungen und myofasciale Triggerpunkte. Verstärkt werde das Schmerzerleben durch frühe Traumata und psychosoziale Belastungsfaktoren im familiären und beruflichen Umfeld. Hier habe man im Rahmen des vierwöchigen multimodalen Settings beginnende psychotherapeutische Lösungsstrategien erarbeiten können, diese seien in einer stationären spezifischen Trauma-Psychotherapie zu vertiefen. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis zum 30. November 2018 (IV-Nr. 5 S. 26).

4.3.2 Dem Bericht der Klinik C. ___ AG, Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Oktober 2018 (stationärer Aufenthalt vom 11. September bis 11. Oktober 2018) können folgende Diagnosen entnommen werden: «F32.1 Mittelgradige depressive Episode», «F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien», «F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung», «Z63 Andere Kontakthanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis» und «Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung». Unter dem Titel «Therapie und Verlauf» wurde dargelegt, die Patientin sei mit einer mittelgradigen depressiven Episode und einer posttraumatischen Belastungsstörung in das stationäre Behandlungssetting eingetreten. Im Rahmen des vierwöchigen stationären Aufenthalts habe sie eine multimodale Behandlung mit folgenden Elementen in Anspruch genommen: Psychotherapie im Einzelsetting, pflegerische Bezugspersonengespräche, Seelsorge, Milieuthérapie, gestaltende Therapien, Körper- und Physiotherapien, psychosoziale Beratung durch den sozialpsychiatrischen Dienst im Haus. Die Patientin habe an allen stationären Therapien trotz ihrer belastenden psychosozialen Situation durch jahrelang bestehende familiäre Konflikte und die Versorgung der zwei Kinder regelmässig und aktiv teilgenommen. Sie habe von den psychotherapeutischen und pflegerischen Einzelgesprächen sowie von den gestaltenden Therapien besonders profitieren können. Es sei ihr im Laufe des Aufenthalts gelungen, in eine adäquate Beziehung mit Mitpatienten und dem Behandlungsteam zu treten. Bereits zu Beginn der Therapie habe sie traumatische Ereignisse aus ihrer Vergangenheit thematisiert, die sie bisher nur teilweise habe verarbeiten können. Gemeinsam mit der Patientin sei in den darauffolgenden Gesprächen der Verlauf der Depression psychoedukativ besprochen worden und es seien konkrete Strategien im Umgang mit Schmerzen, Stimmungsschwankungen und Zwangssymptomen erarbeitet worden. Gemeinsam mit dem Sozialdienst im Haus sei eine vorübergehende regelmässige Betreuung für die zwölfjährige Tochter der Patientin organisiert worden, was zur Stabilisierung der Patientin beigetragen habe. Bei fehlenden Hinweisen für Selbst- und Fremdgefährdung sei ein Austritt aus dem stationären Setting erfolgt. Die Patientin habe bei Eintritt die klassischen Symptome einer Depression in mittelgradiger Ausprägung sowie

eine posttraumatische Belastungsstörung aufgewiesen. Ihre Lebensqualität sei eingeschränkt gewesen und ihre Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Zum Zeitpunkt des Austritts habe eine Teilremission der Depression erreicht werden können. Die Patientin habe über mehr Stabilität, Veränderungsmotivation sowie über einen besseren Zugang zu den eigenen Gefühlen berichtet. Eine anschliessende ambulante Behandlung der depressiven und posttraumatischen Symptomatik nach dem stationären psychiatrischen Aufenthalt sei indiziert und bei Dr. phil. N.____ geplant. Behandlungsziele seien die weitere Stabilisierung der depressiven Symptomatik sowie die Ressourcenaktivierung. Aufgrund der seit Jahren vorbestehenden posttraumatischen Belastungsstörung werde nach einer ausreichenden Stabilisierung eine weitere Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen aus der Vergangenheit empfohlen. Die Fortsetzung der bisherigen medikamentösen Therapie sei weiterhin indiziert (IV-Nr. 25 S. 23 ff.).

4.3.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. K.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 22. März 2019 fest, die Behandlung habe am 1. November 2018 begonnen. Die Patientin beklage anhaltende Schmerzen mit wechselnder Intensität und Lokalisation (am Rücken, im Brustbereich, in den Beinen, im Kopf). Körperliche Bewegungen (sich bücken, sich strecken, drehen etc.) seien stark beeinträchtigt, da sie schmerzauslösend und verstärkend seien. Zudem beklage sie Erschöpfung, Antriebsverminderung und Kraftlosigkeit. Beobachtbar seien emotionale Instabilität, sprunghaftes Denken, verminderte Ausdauer, eingeschränkte Beweglichkeit (steifer Gang/Körperhaltung). Bei belastenden Themen seien psychovegetative (verstärkte Anspannung), emotionale (emotionaler Kontrollverlust; weinen) und kognitive (Verstärkung der Denkstörungen) Reaktionen beobachtbar. Haushaltarbeiten könnten nur eingeschränkt erledigt werden. Es bestünden ein sozialer Rückzug, emotionale Labilität, eine Impulskontrollstörung sowie kognitive Störungen (sprunghaftes Denken). Ein Wiedereinstiegsversuch in die Arbeit mit kleinem Pensum (20 %) ab 1. Februar 2019 habe nach wenigen Tagen wegen verstärkten, nicht nachlassenden Schmerzen abgebrochen werden müssen. Es wurden die Diagnosen «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode (F33.1)», «posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)» und «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40)» gestellt. Die Patientin sei seit dem 17. Dezember 2018 zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig. Aufgrund der Lebens- und Krankheitsgeschichte sei mit einem langwierigen Behandlungsprozess zu rechnen. Die ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung bestehe aus Einzelpsychotherapie, psychiatrischen Konsultationen und Psychopharmakotherapie. Diese Behandlungen zeigten eine geringe Verbesserung im Sinne einer leichten emotionalen Stabilisierung. Das bisherige Setting sei fortzusetzen. Primäres Ziel der Behandlung sei eine Besserung der depressiven, posttraumatischen und Schmerzsymptomatik. Von einer Verbesserung der Symptomatik könne grundsätzlich auch eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit erwartet werden (IV-Nr. 11 S. 4 f.).

4.3.4 Dr. med. O.____, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht an die Krankentaggeldversichererin vom 10. Mai 2019 fest, die Exploration habe aufgrund einer ausgeprägten Agitation, psychomotorischer Unruhe und einer Affektlabilisierung im Rahmen einer komplexen Traumafolgestörung und einer hochpathogenen systemisch-innerfamiliären «Missbrauchs-Kaskade» abgebrochen werden müssen. Die Patientin sei klinisch-objektiv vorderhand störungsbedingt nicht vermittelbar (100%ige Arbeitsunfähigkeit, allgemein/adaptiert), sie sei vorderhand störungsbedingt nur

sehr beding eingliederungsfähig (IV-Nr. 20.8).

4.3.5 Dr. med. K.____ äusserte sich in seinem Bericht vom 4. Juni 2019 dahingehend, die Patientin leide an einer psychischen Erkrankung, die erhebliche Auswirkungen auf ihre mentalen Funktionen und Fähigkeiten zeige. Die Beeinträchtigungen wirkten sich sowohl auf den beruflichen als auch auf den privaten und den Alltagsbereich aus. Sie seien so ausgeprägt, dass die Leistungsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer adaptierten Tätigkeit 0 % sei. Aufgrund der Schwere der Erkrankung sei mit einer lange dauernden Behandlungsphase und entsprechend verzögerter Rehabilitation bzw. nur langsamen Steigerung der Leistungsfähigkeit zu rechnen (IV-Nr. 20.9).

4.3.6 Dem Bericht von Dr. med. P.____, FMH Neurologie, spez. Kognitive Neurologie (Zentrum für), vom 8. November 2019 (verhaltensneurologisch-neuropsychologische Abklärung vom 28. Oktober 2019; funktions- und ressourcenorientiertes Assessment) kann folgendes Fazit entnommen werden: Aktuell lasse sich ein mittelschweres, depressionsassoziiertes, kognitives Ausfallmuster objektivieren und es liessen sich insgesamt mittelschwere Einschränkungen bezüglich der im angestammten Beruf der Patientin gestellten Anforderungen (kognitive Belastbarkeit, kognitive Flexibilität und Fehlerkontrolle) ableiten. Die «harten», berufsrelevanten ICF-Fähigkeitsdimensionen wie Durchhaltefähigkeit, Lernen von Neuem und Anwendung von fachlichen Kompetenzen, Planung und Strukturierung von Aufgaben, Kognitive Flexibilität und Umstellfähigkeit, Kontextgebundene Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Verkehrsfähigkeit/Mobilität, Selbstfürsorge und Selbstbehauptungsfähigkeit sowie Selbst-/Emotionsregulation, Kritikfähigkeit, interaktionelle Fähigkeiten seien allesamt aus gutachterlicher Sicht (klinisch-interaktionell, verhaltensneurologisch und leistungspsychologisch-psychometrisch) mittelschwer limitiert. Die kontextgebundene Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei hingegen nicht beeinträchtigt. Es bestehe demnach keine Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Selbsteinschätzung) und den objektiv leistungseinschränkenden Befunden. Die normativ-kriterien/ressourcenorientierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin eines Reinigungsdienstes und für jede andere bildungsangepasste Tätigkeit im Rahmen der funktions- und ressourcenorientierten Perspektive ergebe medizinisch-theoretisch vorerst noch eine 100%ige Einschränkung des arbeitsbezogenen Funktionspotentials (IV-Nr. 24.3 S. 10 ff.).

4.3.7 Aus dem Bericht der Klinik C.____ AG vom 21. Februar 2020 (zweiter stationärer Aufenthalt vom 6. Januar bis 11. Februar 2020) gehen die Diagnosen «F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode», «F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung», «Z63 Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis» und «Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung: Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionische Anteilen» hervor. Zum Verlauf wurde dargelegt, der Patientin sei es gelungen, achtsamer zu werden und ihre Grenzen besser zu spüren. Sie habe sich vermehrt für ihre eigenen Bedürfnisse einsetzen und Selbstfürsorge leisten können. Dennoch habe sie von weiterhin bestehenden Schmerzen, Müdigkeit und Schlafproblemen berichtet. Sie habe eine hohe Compliance bezüglich der empfohlenen medikamentösen Behandlung gezeigt. Zum Procedere wurde angegeben, die Patientin habe bei Eintritt die klassischen Symptome einer Depression in mittelgradiger Ausprägung sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgewiesen. Ihre Lebensqualität sei seit Jahren eingeschränkt und eine Arbeitsfähigkeit sei mittel- bis

langfristig nicht gegeben. Sie sei auch während der stationären Therapie schnell an ihre Grenzen gekommen. Beim Austritt habe eine Teilremission der Depression erreicht werden können: Die Patientin habe von einer aufgehellten Stimmung und mehr Stabilität und Kraft berichtet. Es bestehe keine Selbst- und Fremdgefährdung. Die weitere ambulante Behandlung der depressiven und posttraumatischen Symptomatik nach dem stationären psychiatrischen Aufenthalt sei indiziert und bei Dr. phil. N.____ geplant. Behandlungsziele seien die weitere Stabilisierung sowie Ressourcenaktivierung. Aufgrund der seit Jahren bestehenden posttraumatischen Symptomatik werde nach einer ausreichenden Stabilisierung eine weitere Auseinandersetzung mit den traumatischen Erlebnissen aus der Vergangenheit empfohlen. Die Fortsetzung der bisherigen medikamentösen Therapie sei weiterhin indiziert (IV-Nr. 25 S. 11 ff.).

4.3.8 Dr. med. K.____ gab in seinem Bericht vom 20. März 2020 an, auch nach dem Austritt aus der Klinik am 11. Februar 2020 weise die Patientin ein komplexes Krankheitsbild auf. Die Leistungsfähigkeit werde in mittel- bis schwerem Ausmass beeinträchtigt durch die stark beeinträchtigte psychische Stabilität, die eingeschränkten emotionalen Funktionen und das eingeschränkte Selbstvertrauen sowie die mittelschwer ausgeprägt eingeschränkten Aufmerksamkeits- und Denkfunktionen. Die Patientin sei mittel bis schwer beeinträchtigt bei der Einhaltung von Regeln und Routine, Strukturierung von Aufgaben, Umstellungsfähigkeit, beim Durchhaltevermögen und bei der Proaktivität (IV-Nr. 66 S. 38 ff.).

4.3.9 Dr. phil. N.____ und Dr. med. K.____ gaben in ihrem Arztbericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 24. April 2020 an, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin für sämtliche Tätigkeiten seit dem 16. Februar 2020 bis auf weiteres (100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 17. Dezember 2018 bis 31. Januar 2019, 80 % vom 1. bis 28. Februar 2019, 100 % vom 1. März bis 30. November 2019, 50 % vom 1. Dezember 2019 bis 15. Januar 2020). Die Patientin sei gegenwärtig einmal pro Woche in Behandlung. Es wurden folgende psychiatrische Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt: «F32.1 Mittelgradige depressive Episode», «F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien», «F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung» und «F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung». Sodann wurden die somatischen Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «chronische lumbosakrale Rückenschmerzen», «Iliosakral- und Piriformissyndrom rechts», «Diskusprotrusion L2/3 & L3/4 re, Spondylarthrose L3/4, 4/5» sowie «Cervicobrachiales Schmerzsyndrom» angegeben. Die weiteren Diagnosen (Z63 andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten in der Lebensbewältigung) haben nach den ärztlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Prognose wurde angegeben, kurz- bis mittelfristig sei keine Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Die Patientin sei aktuell nicht arbeitstätig. Schmerzbedingt könne die Patientin die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft nicht mehr ausführen. Sie habe wenig Ressourcen. Auch eine angepasste Verweistätigkeit sei nicht zuzumuten. Die Prognose sei aktuell unsicher. Die Patientin leide unter chronischen Schmerzen, die einerseits ein somatisches Korrelat aufwiesen, die aber auch durch die hohe psychische Belastung / Komorbidität (posttraumatische Belastungsstörung, rezidivierende depressive Störung) mitbedingt bzw. perpetuiert würden. Die Möglichkeit, funktionale Coping Strategien zu entwickeln, sei dadurch deutlich eingeschränkt und werde durch fehlende Ressourcen zusätzlich eingeschränkt. Es bestünden ausgeprägte Funktionseinschränkungen durch die psychische

Erkrankung. Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit werde aufgrund des Assessments (vgl. E. II. 4.3.6 hiervor) bestätigt (IV-Nr. 25 S. 3 ff.).

4.3.10 Dr. med. K.____ stellte in seinem Bericht vom 18. Mai 2020 folgende psychiatrische Diagnosen: «F32.1 mittelgradige depressive Episode», «F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung (DD: F62.1 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung)», «F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren», «F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien, Klaustro- und Akrophobie» sowie «F10.1 schädlicher Gebrauch von Alkohol». Es werde eine Einzelpsychotherapie, eine Psychopharmakotherapie und eine hausärztliche Behandlung durchgeführt. Das Therapieziel sei die Stabilisierung des psychischen Gesundheitszustands. Es bestehe eine komplexe Multimorbidität, die den Verlauf und die Verbesserung des Gesundheitszustands erschwere und Rückfälle begünstige. Es sei die Zuweisung zur tagesklinischen Behandlung an die Psychiatrie [...] erfolgt. Die Patientin sei nicht arbeitsfähig. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten. Auch in einer angepassten Tätigkeit sei gegenwärtig keine Leistungsfähigkeit gegeben. Leider sei ein chronischer Verlauf wahrscheinlich (IV-Nr. 67 S. 2 ff.).

4.3.11 Dr. med. Q.____ (R.____, Psychologie, Psychiatrie) hielt in seinem Bericht zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 15. Februar 2022 fest, die ambulante Behandlung durch ihn dauere seit dem 2. Juni 2021 bis auf weiteres. Die Konsultationen fänden durchschnittlich wöchentlich statt. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten seit dem 2. Juni 2021 bis auf weiteres. Die Patientin habe in den letzten Monaten wegen ihrer gesundheitlichen Situation mit somatischen Beschwerden und finanziellen Schwierigkeiten sowie wegen ihrer schweren traumatischen Erlebnisse in der Kindheit und Jugend Traurigkeit, Bedrücktheit, Belastung, Gedankenkreisen, Ängste, Schlafstörungen, Sorgen, Erschöpfung, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Intrusionen und Flashbacks entwickelt. Seit November 2018 sei die Patientin arbeitslos und von den Dres. med. K.____ und S.____ zu 100 % und danach zu 80 % arbeitsunfähig geschrieben. Seit Februar 2021 arbeite sie im geschützten Rahmen bis zu 20 % bzw. 90 Minuten täglich für 6 Tage in der Woche als Aushilfe bei kranken Menschen. Die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) lauteten auf «mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11), seit der Kindheit» und «komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10; F43.1), seit der Kindheit und Jugend». Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein «Erschöpfungssyndrom (ICD-10; Z73), seit Jahren» angegeben. Aufgrund des aktuellen schweren psychischen Zustands sei eine Arbeitsfähigkeit zu 100 % bis auf weiteres nicht absehbar. Die ambulante integrierte psychiatrisch/psychotherapeutische Behandlung mit Medikation sei fortzuführen. Im Rahmen ihrer Tätigkeit helfe sie alten und behinderten Menschen beim Essen und begleite diese mit kurzen Gesprächen. Es bestünden mittelschwere depressive Zustände mit mittelschwerer Traurigkeit und Bedrücktheit, Existenz- und Versagensängsten, innerer Unruhe, kognitiven Symptomen (mittelgradigen Konzentrations- und Gedächtnisstörungen), sozialem Rückzug, Gedankenkreisen und Grübeln, Schlafstörungen, Müdigkeit, schwerer Erschöpfung, Schuldgefühlen und geringem Selbstwertgefühl. Ausserdem leide sie unter Intrusionen und Flashbacks wegen ihrer komplexen traumatischen Erlebnissen mit Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch in der Kindheit und Jugend. Es bestünden tägliche schwere somatische Schmerzen. Die Patientin besitze praktisch keine Ressourcen bzw. keinen Schulabschluss, keine Ausbildung, keine Hobbys

und ein eingeschränktes Umfeld. Aufgrund der mittelschweren depressiven Symptomatik mit somatischen Beschwerden und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sowie der somatischen Beschwerden sei die Prognose zur Eingliederung aktuell als ungünstig zu betrachten (IV-Nr. 77).

4.3.12 Dr. med. K. ___ äusserte sich in seiner Stellungnahme zu Handen der Beschwerdeführerin vom 8. September 2022 im Wesentlichen dahingehend, die Patientin sei seit dem 12. Oktober 2020 nicht mehr in seiner Behandlung. Seine Angaben basierten auf der Krankengeschichte über die ambulante Behandlung in seiner Praxis vom 1. November 2018 bis 12. Oktober 2020 (letzte Konsultation). Weil seit dieser letzten Konsultation kein Kontakt mehr zu der Patientin stattgefunden habe, sei er weder über den zwischenzeitlichen Verlauf noch über den aktuellen Gesundheitszustand orientiert und könne deshalb die Fragen nicht fundiert beantworten. Er könne aber Folgendes berichten:

Die Grundproblematik der Patientin seien Folgen von Misshandlungen und Traumatisierungen, die sie in ihrer Kindheit und Jugend erlebt habe. Auch die in jüngerer Zeit aufgetretenen psychischen Beschwerden und Erkrankungen stünden damit in Zusammenhang, im Sinne von Traumafolgestörungen. Diese Diagnose existiere im Klassifikationssystem ICD-10 allerdings nicht. Der klinischen Tatsache, dass frühe, in der Kindheit erlittene Traumatisierungen sich oft erst mit vielen Jahren Latenz im Erwachsenenalter manifestierten, werde diagnostisch erst in der neuesten Version des Klassifikationssystems ICD Rechnung getragen. Im ICD-11, das seit dem 1. Januar 2022 offiziell Gültigkeit habe, sei beispielsweise dazu die Diagnose «Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung» aufgenommen worden. Klinisch seien komplexe Traumafolgestörungen jedoch seit langem bekannt und es bestünden dazu wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu Ursache, Diagnose und Behandlung. Charakteristisch für diesen psychischen Gesundheitsschaden seien u.a. über die Zeit quantitativ und qualitativ stark wechselnde psychische Symptome und Beschwerden, die zu unterschiedlichen Diagnosen führen könnten. Diese Heterogenität der klinischen Ausprägung sei auch mitverantwortlich für die bei dieser Störung häufigen Diagnoseänderungen und/oder Komorbiditäten.

Das psychiatrische Teilgutachten des polydisziplinären E. ___-Gutachtens berücksichtige nicht alle wichtigen medizinischen Fakten und es sei zum Teil inkonsistent. So seien die nachgewiesenen stationären Behandlungsphasen (B. ___, Schmerzlinik; C. ___; vgl. E. II. 4.3.1, 4.3.2 und 4.3.7) nicht berücksichtigt worden. Während einer Hospitalisation sei naturgemäss keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Ebenfalls unberücksichtigt blieben die Zweitmeinungen von Dr. med. O. ___ und diejenige des Zentrums für Verhaltensneurologie/Neuropsychologie, welche beide eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (vgl. E. II. 4.3.4 und 4.3.6 hiervor). Sodann gehe die psychiatrische Gutachterin nicht auf die von ihm attestierten Arbeitsunfähigkeiten ein, die ihrer Beurteilung widersprächen. Sie gehe auch nicht auf die zeitnahen, diskrepanten Beurteilungen von Dr. med. O. ___ bzw. Dr. med. L. ___ ein. Schliesslich werde die Bedeutung einer regelmässigen antidepressiven Medikation auf die Arbeitsfähigkeit im Gutachten nicht einheitlich beurteilt. Das Gutachten erfülle damit die Qualitätskriterien der Konsistenz und Plausibilität nicht. Somit sei auch der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. M. ___ vom 6. Mai 2022 zu widersprechen. Die klinische Beurteilung der posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht korrekt, weil es hinlänglich bekannt sei, dass ■ störungsbedingt ■ traumassozierte Symptome und Beschwerden von Patienten/Exploranden in der Regel nicht spontan und nicht ohne gezielte Fragen geäussert würden. Für eine valide Beurteilung

von Traumafolgestörungen müssten diese Symptome vom Untersucher gezielt abgefragt werden. Zur Abschätzung der quantitativen und qualitativen Symptomschwere seien spezifische Untersuchungstechniken anzuwenden. Aus dem Gutachten gehe nicht hervor, dass die Gutachterin diese klinischen Gegebenheiten berücksichtigt habe. Ihre sich alleine auf ihre Beobachtung und die spontanen Angaben der Explorandin abstützende diagnostische Beurteilung entspreche nicht dem aktuellen Wissensstand über die spezifischen Gegebenheiten traumaassoziiertes Symptome und Beschwerden und über die für eine valide Beurteilung notwendigen Untersuchungstechniken. Es sei hinlänglich bekannt und allgemein anerkanntes Fachwissen, dass sexuelle und andere Traumatisierungen in der Kindheit mit einem erheblichen Risiko für andauernde Gesundheitsschädigungen verknüpft seien und dass nicht oder ungenügend behandelte posttraumatische Belastungsstörungen ein hohes Risiko zur Chronifizierung beinhalteten. Die klinische Relevanz dieser komplexen Auswirkungen für die Patientin liege darin, dass ihre Fähigkeiten nicht nur durch aktualisierte traumaassoziierte Symptome und/oder manifeste psychische Symptome (wie klinisch relevante depressive Symptomatik oder [soziale] Ängste) beeinträchtigt werden könnten. Ebenso bedeutsam seien die Ausbildung einer generell verminderten Stressresistenz und limitierte resp. dysfunktionale Coping-(Bewältigungs-)Strategien als überdauernde und chronische Traumfolgen. Dies bedeute, dass die emotionale Belastbarkeit der Patientin im Vergleich mit Personen, die diese Traumatisierungen nicht erlebt hätten, vermindert sei. Sie sei deshalb generell stressempfindlicher und habe zudem eingeschränktere Fähigkeiten, emotionale Belastungen zu bewältigen. Folge sei ein erhöhtes Risiko für Rückfälle und für eine Verschlechterung ihrer Funktionalität. Der Krankheitsverlauf der Patientin ab 2018 sei ein anschaulicher Beweis für diese komplexen und klinisch relevanten Zusammenhänge: Auslöser der langen Krankheit sei ein Unfallereignis mit somatisch geringen Folgen. Dieser Verlauf sei mit verminderter Stresstoleranz und inadäquaten Copingstrategien erklärbar. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass diese Folgen und damit die (komplexen) Traumafolgestörungen ausgeheilt seien. Die Beschwerdeführerin habe bis zum Begutachtungszeitpunkt keine spezifische Behandlung durchlaufen und eine Spontanheilung dieser Problematik sei sehr unwahrscheinlich. Das Abklingen der floriden Symptomatik und die Verbesserung der Funktionalität könnten wegen der ungenügend behandelten Problematik, den nach wie vor vorhandenen Limitierungen und wegen Restsymptomen nicht als stabiler Zustand beurteilt werden. Es seien damit im Begutachtungszeitpunkt nach wie vor gesundheitlich relevante Folgen vorhanden, welche bei der Patientin, im Vergleich mit gesunden Personen, ihre persönlichen Ressourcen schmälerten und als (chronische) Belastungen zu verstehen seien. Damit sei ihre emotionale Belastbarkeit krankheitsbedingt nach wie vor und deutlicher vermindert als im Gutachten ausgewiesen. Obwohl diese klinischen Konstellationen als bekannt voraussetzen werden könnten, fehlten dazu im Gutachten differenzierte Erörterungen zu Auswirkungen und Folgeschädigungen auf den weiteren Verlauf des Gesundheitszustands und der Funktionalität der Patientin. Diese wären jedoch für eine konsistente und plausible Beurteilung der langfristigen Leistungsfähigkeit notwendig (Beschwerdebeilage [BB] 5).

4.4 Zur oben (unter E. II. 4.3 hiervor) dargelegten, von der psychiatrischen E.____-Teilbegutachtung abweichenden Beurteilung der medizinischen Situation und der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die behandelnden Ärzte ist Folgendes festzuhalten: Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts lässt die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person

einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, 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. 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C_370/2020 vom 15. Oktober 2020 E. 7.2. mit Hinweis). Solche Aspekte sind hier nicht ersichtlich. Wie erwähnt, stellte die psychiatrische Teilgutachterin Dr. med. F. ___ im Rahmen der Herleitung der Diagnosen gestützt auf ihre klinischen Untersuchungsergebnisse vom 18. Mai 2021 und in Anwendung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 fest, als psychiatrische Grunddiagnose sei zwar anamnestisch eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) anzunehmen, die posttraumatische Symptomatik habe sich im Zeitpunkt der Begutachtung jedoch weitgehend zurückgebildet. Die psychiatrische Gutachterin legte dar, anlässlich der Exploration seien die Erlebnisse der Beschwerdeführerin in der Kindheit und Jugend ausführlich geschildert worden, spezifische, gegenwärtig vorliegende Beschwerden im Zusammenhang mit der Traumatisierung hätten jedoch nicht festgestellt werden können und seien von der Beschwerdeführerin auch nicht beklagt worden (IV-Nr. 61.2 S. 35 f.). Für den Einwand der Beschwerdeführerin bzw. ihres behandelnden Psychiaters, die psychiatrische Gutachterin habe traumaassoziierte Symptome und Beschwerden nicht gezielt abgefragt und die spezifischen Untersuchungstechniken zur Abschätzung der quantitativen und qualitativen Symptomschwere nicht zur Anwendung gebracht, besteht keine Grundlage. Die Beschwerdeführerin gab im Rahmen der vertiefenden Befragung (mit strukturierter Nachfrage durch die Gutachterin) zum aktuellen Leiden an, sie leide unter Hüftschmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit. Sie müsse immer noch an die Ereignisse in ihrer Kindheit denken, versuche jedoch, diese in den Hintergrund zu stellen. Diesbezüglich halte sie eine stabile Fassade aufrecht. Im Alltag sei sie hauptsächlich durch die körperlichen Beschwerden eingeschränkt (IV-Nr. 61.2 S. 32 Ziff. 3.2). Es fehlen somit Hinweise, dass ihre emotionale Belastbarkeit aktuell aufgrund der früher durchgemachten Traumatisierungen (noch) relevant vermindert und sie deshalb generell stressempfindlicher wäre. Vielmehr kam die psychiatrische Gutachterin aufgrund ihrer fachärztlichen Untersuchung im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung zum Schluss, unter der laufenden psychologisch/psychiatrischen Behandlung sei im Verlauf eine Stabilisierung bzw. Teilremission der im Jahr 2018 beklagten Beschwerden eingetreten, es sei eine deutliche Verbesserung feststellbar, die Angaben der Beschwerdeführerin zu Aktivitäten und Tagesablauf wiesen auf keine relevanten Einschränkungen hin und im Vergleich zu den Angaben des behandelnden Psychiaters zum Psychostatus vom 24. April 2020 bestehe eine deutliche Verbesserung (IV-Nr. 61.2 S. 37 f.). Angesichts dieses Verlaufs erscheint es nachvollziehbar, dass die Gutachterin die Diagnose «anamnestische posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» stellte und diese als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einstufte. Es bestehen keine Anhaltspunkte, dass Dr. med. F. ___ als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie nicht kompetent genug wäre, die Situation der Beschwerdeführerin medizinisch korrekt zu erfassen. Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung wird die Aussagekraft ihres psychiatrischen Teilgutachtens nicht dadurch geschmälert, dass nicht auch die «komplexe posttraumatische Belastungsstörung» erwähnt wurde, weil diese sich von der posttraumatischen Belastungsstörung (gemäss

ICD-11) durch Symptome aus drei weiteren Bereichen unterscheidet (Schwierigkeiten in der Regulierung von Emotionen, überdauerndes negatives Konzept des Selbst, Beziehungsschwierigkeiten) und in diesem Sinne bei Nichterfüllen (bzw. Zurückbildung) der PTBS-Kriterien erst recht keine komplexe posttraumatische Belastungsstörung (mehr) gegeben sein kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2022 vom 24. Oktober 2022 E. 5.2.2.). Damit die Diagnose «komplexe PTBS» gestellt werden kann, müssen (neben der Erfüllung des Traumakriteriums) die PTBS-Kriterien (d.h. Wiedererleben, Vermeidung, anhaltende Bedrohungswahrnehmung) sowie die Symptome aus den erwähnten drei weiteren Bereichen erfüllt sein (vgl. auch Fachartikel «ICD-11 ■ Wichtigste Neuerungen und ein Überblick zu den spezifisch belastungsbezogenen psychischen Störungen des Kantonalverbands der Zürcher Psychologinnen und Psychologen [ZÜPP] vom Dezember 2021). Wie die Beschwerdeführerin selber korrekt darauf hinweist (Beschwerde, S. 4 f.), wurde die Diagnose «komplexe posttraumatische Belastungsstörung» in der ICD-10, auf welche sich die psychiatrische Teilgutachterin stützte, noch nicht als eigenständige Diagnose aufgeführt, sondern erst in der ICD-11. Es wird zwar empfohlen, in Bezug auf diese Diagnose ■ anders als bei allen anderen psychischen Störungen ■ die ICD-11, welche Anfang 2022 in englischer Sprache erschienen ist und voraussichtlich 2027 volle Geltung erlangen wird, bereits jetzt anzuwenden (vgl. zum Ganzen: Ebner et al.; ICD-11 ■ Empfehlung zur Verwendung in der Psychiatrie, in: Schweizerische Ärztezeitung 2023; S. 34. f.). Dies führt jedoch aus den genannten Gründen zu keiner anderen Beurteilung. Die Beschwerdeführerin vermag nicht aufzuzeigen, inwiefern Dr. med. F.____ die erhobenen Befunde nicht im Rahmen ihres gutachterlichen Ermessens adäquat einzuschätzen vermocht hätte. Diese Auffassung vertritt auch der RAD-Arzt Dr. med. M.____ in seinen Stellungnahmen vom 1. Juli 2021 (IV-Nr. 64) und 6. Mai 2022 (IV-Nr. 79), wonach das E.____-Gutachten vom 30. Juni 2021 uneingeschränkt beweiskräftig sei und weder die geltend gemachte Kritik am Gutachten noch die eingeholten medizinischen Unterlagen die gutachterlich vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Zweifel ziehen könnten. Auch die vom die Beschwerdeführerin bis Oktober 2020 behandelnden Psychiater Dr. med. K.____ in seiner Stellungnahme vom 8. September 2022 vorgebrachten Argumente (BB 5 S. 2 Ziff. B I. lit. a bis d; vgl. E. II. 4.3.12 hiervor) vermögen den Beweiswert des E.____-Gutachtens nicht relevant zu schmälern.

4.5 Nach dem Gesagten sind keine konkreten Indizien ersichtlich, die gegen die Zuverlässigkeit des E.____-Gutachtens sprechen. Demnach ist von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Verweistätigkeit von 90 % seit Mai 2018 auszugehen (vgl. IV-Nr. 61.2 S. 10), wobei diese während der stationären Aufenthalte im B.____ (6. bis 31. August 2018) und in der Klinik C.____ (11. September bis 11. Oktober 2018 und 6. Januar bis 11. Februar 2020) sowie infolge der postoperativen Rekonvaleszenz (Totalprothese rechtes Hüftgelenk; Juli 2020 bis Januar 2021) unterbrochen wurde. Es besteht ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ■ kein Anlass, weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen. Von einer Rückweisung der Sache zur Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen ist daher abzusehen. Der medizinische Sachverhalt wurde von der Beschwerdegegnerin im Sinne von Art. 43 Abs. 1 ATSG rechtsgenügend abgeklärt. Im Folgenden ist der Einkommensvergleich zu prüfen:

E. 5

5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns

nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen der Beschwerdeführerin in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 4. August 2022 auf CHF 66'270.00 fest, wobei sie auf das durchschnittliche Einkommen der Jahre 2013 bis 2017 gemäss dem vorliegenden Auszug aus dem individuellen Konto (IK) der Beschwerdeführerin vom 2. August 2021 (IV-Nr. 65) abstellte. Gemäss den darin enthaltenen Eintragungen erzielte die Beschwerdeführerin Erwerbseinkommen von CHF 56'418.00 (2013), CHF 49'212.00 (2014), CHF 88'124.00 (2015), CHF 67'917.00 (2016) und CHF 65'025.00 (2017), somit durchschnittlich CHF 65'339.20. Massgebend sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, vorliegend somit im Juli 2019 (sechs Monate nach der IV-Anmeldung vom 18. Januar 2019 [IV-Nr. 2], vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG lief im Mai 2019 ab [IV-Nr. 61.2 S. 10]). Demnach ist das vorerwähnte durchschnittliche Einkommen von CHF 65'339.20 auf das Jahr 2019 anzupassen, was zu einem Valideneinkommen von CHF 66'270.00 führt (vgl. Schweizerischer Lohnindex des Bundesamtes für Statistik [BFS], Tabelle 1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Sektor 3 Dienstleistungen [Ziff. 45 bis 96], 2017: 105.3, 2019: 106.8). Die Berechnung des Valideneinkommens durch die Beschwerdegegnerin erweist sich als korrekt. Dessen Ermittlung bzw. Höhe wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht beanstandet.

E. 5.2

5.2.1 Die Beschwerdeführerin nahm nach dem Sturzereignis vom 18. Mai 2018 ihre bisherige Erwerbstätigkeit als Raumpflegerin nicht mehr auf (vgl. IV-Nr. 61.2 S. 37 und 65 S. 5); seit Februar 2021 ist sie als Haushaltshilfe bei einer älteren Dame im Rahmen eines Pensums von bis zu 20 % tätig (vgl. IV-Nr. 61.2 S. 32). Nach den Untersuchungsergebnissen der E.____-Gutachter ist die Beschwerdeführerin medizinisch-theoretisch in der Lage, eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne kauernde oder kniende Tätigkeitsanteile zu 90 % zu verrichten, wobei eine klar strukturierte Tätigkeit in einem kleinen Team mit kompetenten Vorgesetzten empfohlen wird (IV-Nr. 61.2 S. 10). Demnach nützt die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit nicht in zumutbarer Weise vollumfänglich aus, weshalb das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Werten zu ermitteln ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_818/2018, 9C_826/2018 vom 5. April 2019 E. 4.3., 9C_567/2015 vom 13. April 2016 E. 6.2. und 9C_847/2015 vom 30. Dezember 2015 E. 2.2., je mit Hinweisen). Damit ist sie in der Lage, ein Einkommen von CHF 3'933.90 (90 % von CHF 4'371.00; vgl. Schweizerische Lohnstrukturerhebung [LSE] 2018, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1 [Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art], Frauen) zu erzielen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung (2018: 105.9; 2019: 107.0) und die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. pro Woche im Jahr 2019 ergibt dies ein Invalideneinkommen von

CHF 4'143.70 pro Monat bzw. CHF 49'724.00 pro Jahr.

5.2.2 Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur noch körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne kauernde oder kniende Tätigkeitsanteile verrichten kann, welche klar strukturiert sind und in einem kleinen Team mit kompetenten Vorgesetzten ausgeübt werden können, rechtfertigt keinen Abzug vom Tabellenlohn. Der gesundheitlichen Beeinträchtigung (erhöhter Pausenbedarf, leicht reduzierte Durchhaltefähigkeit) wird bereits mit einer Leistungseinschränkung von 10 % in einer optimal angepassten Verweistätigkeit genügend Rechnung getragen. Ein leidensbedingter Abzug würde zu einer unzulässigen doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen. Allfälligen mangelnden Deutschkenntnissen sowie der fehlenden Berufsausbildung wird beim Invalideneinkommen bereits mit der Wahl des Kompetenzniveaus 1 Rechnung getragen. Angesichts des genannten Belastbarkeitsprofils ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten auszugehen (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2. mit Hinweisen). Damit bleibt es beim Invalideneinkommen von CHF 49'724.00 pro Jahr. Auch die Höhe des von der Beschwerdegegnerin ermittelten Invalideneinkommens wird von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 66'270.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 24.96 % bzw. (aufgerundet) von 25 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (Art. 28 Abs. 2 IVG; vgl. E. II. 2.2 hiervor).

E. 6

6.1 Berufliche Massnahmen können u.a. dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung zu beseitigen. Es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3. mit Hinweis). Dass die Beschwerdeführerin gewillt ist, eine Arbeitstätigkeit zu verrichten, wird nicht in Frage gestellt, allerdings haben die gutachterlichen Abklärungen gezeigt, dass ihr eine optimal angepasste Verweistätigkeit in einem erheblich höheren Ausmass zuzumuten ist. Nach den gutachterlichen Angaben sind berufliche Massnahmen angesichts der subjektiv fixierten Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung der Beschwerdeführerin nicht sinnvoll durchführbar (IV-Nr. 61.2 S. 11 Ziff. 4.10). Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen entfällt folglich, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren im Sinne von Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden müsste (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_311/2018 vom 16. November 2018 E. 5.5. und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3., je mit Hinweisen).

6.2 Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. August 2022, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

