

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00052 vom 29. September 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00052

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00052 du 29 septembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00052 del 29 settembre 2022

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1972, lebt seit Anfang August 2010 bei ihrem Ehemann in der Schweiz. Ab Dezember 2011 ist sie gelegentlich stundenweise in der Raumpflege erwerbstätig (Urk. 11/3/2-6, Urk. 11/5, Urk. 11/6/2, Urk. 11/6/6-7, Urk. 11/56/67). Am 3. Juni 2017 meldete sie sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung wegen Rücken- und psychischen Beschwerden sowie wegen des Verdachts auf Epilepsie zum Leistungsbezug an (Urk. 11/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte den Auszug aus dem individuellen Konto der Versicherten (Urk. 11/5) und den Bericht des Psychotherapeuten Y.____ vom 19. Juni 2017 (Urk. 11/6) ein. Ausserdem ersuchte sie Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, mit Schreiben vom 24. Juli und 30. August 2017 (Urk. 11/9-10) um Erstattung eines Berichts; dieser liess sich nicht verlauten. Mit Verfügung vom 26. Februar 2018 wie s

die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 11/29). Die dagegen am 6. April 2018 erhobene Beschwerde (Urk. 11/14/3-4) hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Verfahren Nr. IV.2018.00321 mit Urteil vom 27. März 2019 in dem Sinne gut, dass die angefochtene Verfügung aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zur ergänzenden Abklärung sowie neuer Entscheidung über die Leistungsansprüche zurückgewiesen wurde (Urk. 8/19/12).

E. 1.2

Die IV-Stelle holte daraufhin die Berichte des Psychotherapeuten Y.____ vom 7. Dezember 2019 (Urk. 11/25), von Dr. Z.____ vom 1. April 2020 (Urk. 11/33/2-6), ergänzt mit Schreiben vom 21. Juli 2020 (Urk. 11/46/3), und

von Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Juni 2020 (Urk. 11/41) sowie das polydisziplinäre Gutachten der B.____

vom 22. Januar 2022 (Urk. 11/56) ein. Mit Vorbescheid vom 13. April 2021 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 11/61). Dagegen erhob die Versicherte am 5. Juni 2021, ergänzt mit Schreiben vom 17. Mai 2021, Einwände (Urk. 11/65, Urk. 11/67). Mit Verfügung vom 7. Januar 2022 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 11/71 = Urk. 2).

E. 2

Hiergegen erhob die Versicherte, vertreten durch ihren Psychotherapeuten Y.____, mit Eingabe vom 22. Januar

2022, ergänzt mit Eingaben vom 9. Februar und vom 11. März 2022, Beschwerde und beantragte sinngemäss, die Verfügung vom 7. Januar 2022 sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen sowie neuer Entscheidung über den Rentenanspruch zurückzuweisen; eventualiter sei ihr eine Rente zuzusprechen. Weiter sei festzustellen, dass die im Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) festgelegte Rechtsmittelfrist von 30 Tagen

verfassungswidrig sei, da sie gegen die Rechtsgleichheit verstosse; eventualiter sei die Rechtsmittelfrist aufzuheben. Ferner sei zu prüfen, ob ein Amtsmissbrauch oder allenfalls eine Fahrlässigkeit von Seiten der IV-Stelle und/oder ob ein Vergehen oder eine Fahrlässigkeit von Seiten der Ärzte der B.____ GmbH vorliegen würden, die strafrechtlich zu ahnden wären (Urk. 1, Urk.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). 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).

E. 2.2

mit weiteren Hinweisen). Auch mit Blick auf diese Rechtsprechung ist die vom psychiatrischen B.____-Gutachter ausführlich begründete

Diagnostik

nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3.10

Bezüglich der Würdigung der Berichte der behandelnden Ärzte und Therapeuten

stellte die Beschwerdeführerin den Antrag, es sei zu klären und die Diskriminierung allenfalls rückgängig zu machen, welche durch die Rechtsprechung entstehe, dass behandelnde Ärzte beziehungsweise Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen würden (Urk. 7 S. 2). Für eine Änderung dieser langjährigen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteile des Bundesgericht 8C_744/2020 vom 8. März 2021 E. 4.2 und 8C_129/2021 vom 15. April 2021 E. 3) besteht hier indes weder Anlass noch Grund.

So war bereits im Urteil IV.2018.00321 vom 27. März 2019 festgestellt worden, dass zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht auf die Berichte des Psychotherapeuten Y.____ abgestellt werden kann, sondern es hierzu einer ärztlichen und insbesondere bezüglich der psychischen Beschwerden einer psychiatrischen Einschätzung mit fachärztlich einwandfrei diagnostizierter Gesundheitsbeeinträchtigung bedarf (E. 3.2-3.3; Urk. 11/19 S. 8 ff.).

Dies gilt umso mehr, als der hier vollzogene

Rollenwechsel des behandelnden Therapeuten Y.____ zum Rechtsvertreter der Beschwerdeführer in den Beweiswert seiner Aussagen von vornherein erheblich mindert

(Urteil des Bundesgerichts 8C_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3).

Auf den Bericht der Psychiaterin Dr. A.____ vom 12. Juni 2020 (Urk. 11/41) kann schon deshalb nicht abgestellt werden, da sie darin keine Aussage zum Umfang der Arbeitsunfähigkeit machte. Ihre unbegründeten ärztlichen Atteste beziehen sich zudem nur auf einen befristeten, nicht zusammenhängenden Zeitraum und enthalten überdies keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 11/30, Urk. 11/44, Urk. 11/69, Urk. 5/1). Im Bericht vom 12. Juni 2020 wies die Psychiaterin zudem ausdrücklich darauf hin, dass es schwierig sei, einen differenzierten psychopathologischen Befund zu erheben, weil die Beschwerdeführerin kaum ein Wort Deutsch könne, und dass sie die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem Ehemann gesehen habe, der jeweils als Übersetzer wirke (Urk. 11/41/1). Ein die gestellten Diagnosen erklärender hinreichender psychopathologischer Befund wurde nicht aufgeführt. Damit vermag ihr Bericht die fachärztlich-gutachterliche Einschätzung im B.____-Gutachten weder in Frage zu stellen, noch als Beweisgrundlage zu dienen.

Wie sich aus dem hiervor Ausgeführten (E. 4.3.3 und E. 4.3.5) und zusätzlich in Würdigung der auftragsrechtlichen

Vertrauensstellung

des Hausarztes ergibt, sind alsdann auch die Berichte von Dr. Z.____ vom 1. und 16. April 2020 (Urk. 11/33/2-5, Urk. 11/46/3) nicht dazu geeignet, die Einschätzung der Gutachter in Zweifel zu ziehen. 4.3.11

Gegen das Vorbringen der Beschwerdeführerin (Urk. 7 S. 6 f. und S. 9), es habe keine reale Konsensbesprechung der Gutachter « face

to

face » stattgefunden, sondern nur eine auf der eigenen Datenbank mit Durchsicht der Fachgutachter sämtlicher Gutachten an drei Tagen, ist einzuwenden, dass die Konsensbesprechung mit Teilnahme sämtlicher B.____-Gutachter gemäss dem Gutachten im Januar 2021 stattfand (Urk. 11/56/16). In dieser Zeit waren in der Schweiz im Rahmen der Corona-Pandemie noch immer verschiedene

Massnahmen in Kraft mit dem Ziel, die Zahl der Kontakte zum Schutze der Bevölkerung stark zu reduzieren, da die Ansteckungszahlen auf sehr hohem Niveau

stagnierten. Unter anderem wurde die schweizerische Bevölkerung aufgefordert, zu Hause zu bleiben (vgl. die Medienmitteilungen des Bundesrates vom 18.12.2020 und vom 13. Januar 2021; www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.html). Insbesondere unter solchen Umständen ist eine alternative Konsensbesprechung ohne persönliche Anwesenheit aller Gutachter in einem Raum nicht zu beanstanden. Aber auch unabhängig davon ist nicht zwingend, dass die Konsensbesprechung von Angesicht zu Angesicht der Gutachter stattfindet. Der Einsatz von elektronischen Hilfsmitteln bei der Konsensbeurteilung, etwa mittels

Bildtelefonie, Videokonferenzen etc., ist

nicht grundsätzlich ausgeschlossen, sofern sämtliche Gutachter - wie hier - die anderen Teilgutachten gesichtet haben und letztlich den Inhalt des Gesamtgutachtens kennen sowie ihm abschliessend zustimmen. Dies gilt erst Recht mit Blick auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach selbst eine abschliessende Konsensbesprechung nicht in jedem

Fall zwingend ist, wie sich aus dem Folgenden ergibt.

Der Zweck interdisziplinärer Gutachten liegt darin, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu fassen. Dasselbe gilt mit Blick auf die mitunter schwierige Abgrenzung der im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG

versicherten Zustände von invaliditätsfremden Faktoren. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt

(Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.3.1). Eine solche zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der einzelnen Gutachter oder unter Leitung eines fallführenden Arztes zur Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen ist ideal, aber nicht zwingend (Urteil des Bundesgerichts 9C_889/2015 vom 15. Januar 2016 E. 2.2). Das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten ist daher nicht bereits deshalb bundesrechtswidrig, weil keine abschliessende Konsensdiskussion stattgefunden hat. Die Frage, ob ein Gutachten beweiskräftig ist oder nicht, beurteilt sich, im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht. Mit anderen Worten verletzt das Abstellen auf ein polydisziplinäres Gutachten Art. 43 Abs. 1 ATSG nicht allein schon deshalb, weil einem Teilgutachten der Beweiswert abgesprochen wird. Dies hat auch umgekehrt zu gelten, wenn sich die Schlussfolgerungen im Hauptgutachten, das nicht in einer interdisziplinären Konsensbesprechung der beteiligten Fachärzte entstand, nicht nachvollziehen und sich nicht mit den Teilgutachten vereinbaren lassen, die Beurteilungen in allen Teilgutachten jedoch als schlüssig zu bezeichnen sind. Eine Beweiswürdigung, welche überzeugenden Teilkonsilien vollen Beweiswert zuerkennt, kann somit nicht allein deshalb als bundesrechtswidrig bezeichnet werden, weil einem weiteren Teil des Gutachtens die Beweiskraft fehlt (BGE 143 V 124 E. 2.2.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_54/2021 vom 10. Juni 2021 E. 2.2).

Hier liegen insbesondere mit dem rheumatologischen und dem psychiatrischen Teilgutachten je beweiskräftige fachärztliche Beurteilungen vor, die mit der zusammenfassenden Beurteilung im Hauptgutachten überdies nicht im Widerspruch stehen. Auch deshalb ist die Art der Konsensbesprechung letztlich nicht entscheidend. 4.3.12

Die Beschwerdeführerin beanstandet weiter, dass die Klärung der Haushaltstätigkeit vom psychiatrischen Gutachter nur beiläufig abgehandelt worden sei (Urk. 7 S. 6). Zwar trifft dies insofern zu, als im Gutachten - abweichend zum Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/50/2-3; Urk. 11/56/6-7) - keine detaillierten Angaben zu den einzelnen in Frage kommenden Bereichen im Haushalt (Ernährung, Wohnung- und Hauspflege, Einkauf, Wäsche- und Kleiderpflege) gemacht wurden. Allerdings erübrigte sich dies, da die Gutachter insgesamt auf keine Einschränkung in der Haushaltstätigkeit schlossen (Urk. 11/56/14). Sowohl dem psychiatrischen als auch dem rheumatologischen Teilgutachten ist zudem zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin im Haushalt nicht beeinträchtigt ist (Urk. 11/56/76, Urk. 11/56/49) und dass sie die Haushaltsarbeiten - abgesehen von grösseren

Einkäufen («Grössere Einkäufe würden durch den Ehemann erledigt, kleinere würden sie zusammen machen, ganz selten kaufe sie selbst etwas ein.»; Urk. 11/56/40) - ohne Hilfe

des Ehemannes erledigt («Sie müsse kochen, weil ihr Gatte krank sei und nichts selber machen könne.»; Urk. 11/56/69). Es wäre daher müssig gewesen und hätte keinen Unterschied gemacht, wenn sich die Gutachter zusätzlich zu den einzelnen Bereichen in gleicher Weise geäußert hätten.

Im Übrigen ist im Zusammenhang mit den Einschränkungen im Haushalt recht sprechungsgemäss in erster Linie nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit ausschlaggebend, sondern, wie sich der Gesundheitsschaden in der nichterwerblichen Betätigung konkret auswirkt, was durch eine Abklärung an Ort und Stelle (vgl. Art. 69 Abs. 2 Satz 2 IVV) zu erheben ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_161/2019 vom 28. Juni 2019 E. 6.1 mit Hinweis).

Dies gilt grundsätzlich auch dann, wenn die Beurteilung psychischer Erkrankungen im Vordergrund steht; einer ärztlichen Fachperson, die sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, bedarf es nur in Ausnahmefällen (vgl. dazu Urteile des Bundesgerichts 8C_334/2014 vom 21. Juli 2014 E. 5.2 und 9C_671/2017 vom 12. Juli 2018 E. 4.2). Wie sich aus den nachstehenden Erwägungen ergibt, erübrigt sich abschliessend

jedoch

eine Haushaltsabklärung

(vgl. E. 5.8.2).

4.4

Nach dem Gesagten bleibt es dabei, dass das B.____-Gutachten eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage bildet. Es ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) zu Recht in medizinischer Hinsicht grundsätzlich vom Beweiswert des B.____-Gutachtens vom 22. Januar 2021 (Urk. 11/56) ausgegangen ist. 5.1

5.1.1

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung liegt es nicht allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1; vgl. auch BGE 145 V 361). Daher ist es im Grundsatz zulässig, einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit die rechtliche Massgeblichkeit abzusprechen, ohne dass das Gutachten seinen Beweiswert verliert (BGE 144 V 50 E. 4.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_787/2021 vom 23. März 2022 E. 14.1 und 8C_483/2020 vom 26. Oktober 2020 E. 2). Der Arbeitsunfähigkeitsschätzung der medizinischen Gutachterperson ist indessen aus rechtlicher Sicht zu folgen, falls sie ihrer Aufgabe unter Berücksichtigung der durch BGE 141 V 281 normierten Beweisthemen überzeugend nachgekommen ist. Andernfalls liegt ein triftiger Grund vor, der rechtlich ein Abweichen davon gebietet. Ein solcher ist gegeben, wenn die medizinisch-psychiatrische Annahme einer Arbeitsunfähigkeit letztlich, im Ergebnis, unter dem entscheidenden Gesichtswinkel von Konsistenz und materieller Beweislast der versicherten, rentenansprechenden Person zu wenig gesichert ist und insofern nicht überzeugt (BGE 148 V 49 E. 6.2.1, 145 V 361 E.

4.3; SVR 2021 IV Nr. 47 S. 151, 8C_407/2020 E. 5.1 und E. 6.5). Es liegt keine unzulässige juristische Parallelüberprüfung vor, wenn das kantonale Gericht anhand der medizinischen Indikatorenprüfung die massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung eines stimmigen Gesamtbildes schlüssig abgehandelt und nachgewiesen hat, wo die ärztlichen Darlegungen nicht mit den normativen Vorgaben übereinstimmen (BGE 145 V 361 E. 4.1.1; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_84/2022 vom 19. Mai 2022 E. 5.2). 5.1.2

In Anwendung dieser Rechtsprechung wich die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid von der Arbeitsunfähigkeitsschätzung der B.____-Gutachter aus rechtlicher Sicht ab, indem sie nach summarischer Prüfung der Standardindikatoren (BGE 141 V 281, 143 V 418), bezeichnet als «Ressourcenprüfung»

(Urk. 11/59/10, Urk. 11/60), die aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht attestierte 40%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer leidens angepassten Tätigkeit (vgl. E. 4.2.4 hiervor) ausklammerte

und das Vorliegen einer anspruchsbegründenden gesundheitlichen Einschränkung verneinte (Urk. 2 S. 1 f.; Urk. 11/70/2-3).

Dies und insbesondere die «Ressourcenprüfung» vom 13. April 2021 (Urk. 11/60) sowie die ergänzenden Ausführungen dazu in der Beschwerdeantwort

(Urk. 10 S. 2) werden von der Beschwerdeführerin bestritten. In der Ressourcenprüfung würden lediglich derzeit bekannte Angaben aufgelistet, von einer Indikatorenprüfung könne dagegen nichts festgestellt werden (Urk. 7 S. 12, Urk. 15 S. 2).

5.1.3

Im Folgenden ist zu prüfen, ob die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der B.____-Gutachter, insbesondere die psychiatrische Beurteilung, auch aus rechtlicher Sicht Bestand hat. Hierzu ist im Folgenden die Rechtsfrage zu klären, ob und in welchem Umfang die gutachterlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG schliessen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7).

Ausschlussgründe, welche die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten und eine solche Prüfung daher obsolet machen würden, namentlich indem eine Leistungseinschränkung etwa auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2), liegen unstrittig keine vor. Gemäss dem B.____-Gutachten entsprechen die von der Beschwerdeführerin subjektiv gemachten Angaben zu ihren Beschwerden

abgesehen von diffus geschilderten Armschmerzen rechts den klinischen Untersuchungsbefunden (Urk. 11/56/12, Urk. 11/56/47). 5.2

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1; präzisiert in BGE 143 V 418 E. 5.2) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3; präzisiert in BGE 143 V 418 E. 8.1) - Komplex

«Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) 5.3 5.3.1

Unter der Kategorie «funktioneller Schweregrad»

führte das Bundesgericht hinsichtlich des Indikators der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome im Sinne der Schwere des Krankheitsgeschehens (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) aus, dass eine Diagnose in grundsätzlicher Hinsicht selbst bereits ein Schweregradindikator sein könne, soweit darin ein Bezug zum Schweregrad der Erkrankung bestehe; insbesondere dann, wenn die Begründung der Diagnose einen ausreichenden Bezug zur funktionserheblichen Befundlage aufweise. Fehle in der Diagnose aber diese Schweregradbezogenheit, zeige sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen. Ein Leiden als leicht einzustufen, weil diagnostisch kein Bezug zum Schweregrad desselben gefordert sei und ihm bereits deshalb eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzusprechen, gehe daher fehl (BGE 143 V 418 E. 5.2.2).

Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ist letztlich aber nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt (BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Unabhängig von der klassifikatorischen Einordnung einer Krankheit resultiert aus einer Diagnose - mit oder ohne diagnoseinhärentem Bezug zum Schweregrad - allein keine verlässliche Aussage über das Ausmass der mit dem Gesundheitsschaden korrelierenden funktionellen Leistungseinbusse bei psychischen Störungen (BGE 143 V 418 E. 6). Wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen beeinträchtigt ist, ergibt sich aus dem funktionellen Schweregrad einer Störung. Dieser beziehungsweise die betreffende Kategorie («funktioneller Schweregrad») überschneidet sich dabei teilweise mit den fachärztlichen Angaben zur Diagnosestellung (BGE 143 V 418 E. 5.2.3). Auch bei als schwer bezeichneten psychischen Leiden lässt sich daher nicht automatisch auf eine ausgeprägte funktionelle Einschränkung schliessen. Hingegen kann grundsätzlich nur eine schwere psychische Störung invalidisierend im Rechtssinn sein (BGE 143 V 418 E. 5.2.2, 141 V 281

E. 4.3.1.2). Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann. Es ist Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Attestieren die psychiatrischen Fachpersonen bei diesen Konstellationen trotz Verneinung einer schweren psychischen Störung ohne schlüssige Erklärung eine namhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, besteht für die Versicherung oder das Gericht Grund dafür, der medizinisch-psychiatrischen Folgen

abschätzung die rechtliche Massgeblichkeit zu versagen

(zum Ganzen: BGE 148 V 49 E. 6.2.2) . 5.3.2

Die Diagnose rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) weist bereits selbst einen Bezug zum Schweregrad der Erkrankung auf, indem die diagnostischen Befunde nicht schwer wiegen. Dementsprechend hat der psychiatrische B.____-Gutachter berücksichtigt, dass diese Symptomatik nicht im Vordergrund steht und keine relevante Depressivität vorliegt. Auch die massgeblich für die Sorgen der Beschwerdeführerin ursächliche schwierige Ehesituation mit Impulsdurchbrüchen des Gatten, welche an ihrer Rückzugstendenz und an ihrem Verstummen beteiligt sei, führe noch nicht dazu, dass sie relevant depressiv sei (Urk. 11/56/78).

Bezüglich der Diagnose einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1) stellte der Gutachter ebenfalls fest, dass diese nicht schwerst, sondern wechselhaft zwischen leicht bis mittelgradig, unterschiedlich im Ausmass und im Durchdringungsgrad der Symptomatik im Längsverlauf ausgeprägt sei. Sie könne von der Beschwerdeführerin überwunden werden (Urk. 11/56/78). Die Symptome beschränkten sich auf übermässige Sorgen und Anspannung, ängstliche Selbstbeobachtung um Körpersymptome wie Magen-Darmprobleme, Schluckbeschwerden und unspezifische Schmerzen. Ausserdem befand der Gutachter die generalisierte Angststörung als nicht vollständig ausgeprägt (Urk. 11/56/75, Urk. 11/56/77). In funktioneller Hinsicht wurden aus psychiatrischer Sicht dem entsprechend eine nur leicht verminderte Belastbarkeit, Stressbelastungs- und Konfliktfähigkeit festgehalten (Urk. 11/56/77) .

Bei den vom psychiatrischen Gutachter aufgeführten Z-codierten Diagnosen ist zu beachten, dass diese rechtsprechungsgemäss nicht unter den Begriff der invaliditätsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigungen fallen; sie stellen grundsätzlich keine invalidisierenden Gesundheitsschäden dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3 mit Hinweis). Im Gutachten wurden diese

auch mehrheitlich - mit Ausnahme der Diagnose sonstige negative Kindheitserlebnisse mit Ausgrenzung und Erleben von Verfolgung als Kurdin (ICD-10 Z61.8) und des Verdachts auf zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugeordnet. Darunter fallen Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (ICD-10 Z55) bei fehlendem Schulbesuch und Analphabetismus, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3), atypische familiäre Situation (ICD-10 Z60.1) bei in der Türkei lebenden Kindern; Probleme in Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) bei schwierigen Eheumständen mit dem Gatten, der Traumaerfahrungen durch politische Verfolgung durchgemacht hat

(Urk. 11/56/10-11, Urk. 1156/73-74) . 5.3.3

Diese Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit betreffen ferner psychosoziale und soziokulturelle

Belastungen, welche auszuklammern sind, soweit sie direkt negative funktionelle Folgen zeitigen (vgl. BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3 und 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1). Der psychiatrische Gutachter berücksichtigte diese Umstände, namentlich den Analphabetismus, die schulischen Defizite sowie fehlenden Deutschkenntnisse, korrekt als

invaliditätsfremde Faktoren , wozu er anmerkte , dass

sie

zusätzlich dazu beitragen würden , dass die Beschwerdeführerin sich in der Schweiz schlecht integrieren könne und beruflich wenig Perspektiven habe (Urk. 11/56/76).

Im Sinne der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1; vgl. E. 5.3.4 nach Stehend und E. 2.2.2 hiervor) schilderte er im Hinblick auf die festgestellte selbstständige psychische Gesundheitsstörung ferner differenziert, dass diese Faktoren die Anpassung an die komplexen sozialen Umstände und den adäquaten Umgang mit den Ängsten sowie mit den beeindruckenden Sorgen erschweren dürften und dass die Beschwerdeführerin in gewisser Weise in einem Teufelskreis gefangen sei von Ängsten, Selbstbeobachtung, Vermeidungsverhalten und Rückzugstendenzen (Urk. 11/56/76). Auch damit ist indes keine schwere psychische Gesundheitsbeeinträchtigung anzunehmen, da gemäss dem Gutachten das wegen der unspezifischen Ängste und Rückzugstendenzen angenommene gewisse Vermeidungsverhalten auch durchbrochen werden kann (Urk. 11/56/76). 5.3.4

Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin , die Rechtsprechung und Praxis zu den psychosozialen und soziokulturellen

Belastungsfaktoren, wonach diese Faktoren nicht als invaliditätsbegründend gelten würden, sei mit Art. 3 und 6 ATSG nicht vereinbar, was vom Gericht zu klären sei, da es in der Klaviatur der psychiatrischen und psychotherapeutischen Diagnostik eine solche Unterscheidung nicht gebe (Urk. 7 S. 2 f.), kann nicht gefolgt werden.

Zum einen liegt der Ausschluss solcher invaliditätsfremder Faktoren in Art. 4 IVG und nicht in Art. 3 und 6 ATSG begründet. Art. 4 Abs. 1 IVG versichert zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind (BGE 127 V 294 E. 5a). Zum anderen wurde im hierzu massgeblichen Leitentscheid BGE 127 V 294 eingeräumt und berücksichtigt, dass sich solche Umstände im Rahmen der Invaliditätsbemessung unter dem Gesichtspunkt zumutbarer Willensanstrengung zu ihrer Überwindung regelmässig nicht klar vom medizinischen Leiden selber trennen lassen (E. 5a). In diesem Leitentscheid wurde weiter erkannt, dass es in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat braucht, das (fach)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker

psychosoziale

oder

soziokulturelle

Faktoren

im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden

soziokulturellen

Faktoren

herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen

Belastungssituation

zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbstständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo der Gutachter dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen

Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a mit Hinweis).

Wie bereits im Urteil IV.2018.00321 vom 27. März 2019 ausgeführt (E. 3.3.3; Urk. 11/19 S. 11) hat das Bundesgericht im Leitentscheid BGE 141 V 281 zudem erklärt, dass der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge Krankheitsbegriff soziale Faktoren nur so weit ausklammert, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen würden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen würden (E. 3.4.2.1).

Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung wird somit durchaus danach unterschieden, ob und in welchem Ausmass die betreffenden Belastungsfaktoren das Krankheitsgeschehen bestimmen, ob aus medizinischer Sicht eine psychische Störung von Krankheitswert vorliegt und ob die sozialen Belastungsfaktoren von dieser im Hinblick auf die funktionellen Folgen untrennbar sind (vgl. auch E.).

E. 2.2.1

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 145 V 215 E. 5.1, 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 (BGE 145 V

215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2.2

hiervor). Ein Abweichen von der langjährigen Rechtsprechung des Bundesgerichts zu den psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren mit Neuurteilung dieser Frage ist daher nicht angezeigt, weshalb sie auch hier wie ausgeführt beachtlich bleibt. 5.3.5

Somit sind bezüglich des Komplexes Gesundheitsschädigung (BGE 141 V 218 E. 4.3.1) nebst der leicht ausgeprägten depressiven Symptomatik lediglich eine nicht vollständige ausgeprägte generalisierte Angststörung mit eher leichter Symptomatik beachtlich. Den unmittelbaren Beeinträchtigungen durch die psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren ist

hier bei

keine Relevanz zuzumessen.

Die Kategorie «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» lässt damit nicht bereits die Annahme einer schweren Ausprägung des psychischen Krankheitsgeschehens zu.

Es ist zu prüfen, ob sich dennoch eine erhebliche Schwere der Gesundheitsschädigung in ihrer rechtlichen Relevanz bei deren funktionellen Auswirkungen

anhand der übrigen Standardindikatoren zeigt. 5.4.5.4.1

Zum Schweregradindikator des Behandlungserfolges oder der Behandlungswiderstand (Verlauf und Ausgang von Therapien) im Hinblick auf den Schweregrad der Gesundheitsschädigung, insbesondere der psychischen Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2),

geht aus dem Bericht von Dr. A.____ vom 12. Juni 2020 hervor, sie begleite im Rahmen der delegierten Psychotherapie von Y.____ nebst der Beschwerdeführerin seit Januar 2017 auch deren Ehemann seit August 2015. Dieser wirke jeweils als Übersetzer, da die Beschwerdeführerin kaum ein Wort Deutsch könne. Nebst den Gesprächen mit dem Psychotherapeuten seien bei der Beschwerdeführerin schon verschiedene Antidepressiva eingesetzt worden, welche sie allesamt (zuletzt Escitalopram) nicht gut toleriert habe. Seit dem 27. Mai 2020 erhalte sie nun Quetiapin

Mepha in einer Dosierung von 25 mg, welches gut wirke und die Schlafqualität verbessere. Die Beschwerdeführerin werde vom Psychotherapeuten wöchentlich oder 14-täglich gesehen und im Rahmen der Supervision von ihr, Dr. A.____, alle zwei bis drei Monate (Urk. 11/41).

Im Bericht des Psychotherapeuten Y.____ vom 7. Dezember 2019 wurde dagegen ausgeführt, die Behandlung finde unregelmässig statt. Zum Teil seien es Paargespräche. Der Ehemann müsse übersetzen (Urk. 11/25/2).

Dem psychiatrischen Teilgutachten ist zu entnehmen, die Beschwerdeführerin sei beim Psychotherapeuten Y.____ zusammen mit ihrem Ehemann in Behandlung. Nach Angaben der Beschwerdeführerin sei zu Beginn (September 2011, Urk. 11/25/2) ein paar Mal ein Dolmetscher dabei gewesen. Aktuell dolmetsche aber nur ihr Gatte. Befragt, wie häufig sie dort gewesen sei, habe sie erwähnt, ihr Mann gehe wöchentlich. Seit Corona gehe sie nicht mehr in die Praxis. Der Psychotherapeut komme aber ab und zu auf Besuch, manchmal einmal, manchmal zweimal pro Monat. Auf die Frage, ob er wegen ihres Gatten oder wegen ihr Hausbesuche mache, habe sie erklärt, dass er ihren Mann und sie unterstütze. Er sage ihr

immer, dass es besser werde. Am Telefon rede er mit ihrem Ehemann. Wenn er spüre, dass die Stimme des Ehemannes nicht gut sei, komme er sofort vorbei. Die Frage, ob sie eine spezielle Therapie wegen ihrer Ängste vom Psychotherapeuten erhalte, habe sie verneint. In der gleichen Praxis sei auch eine Dame (gemeint wohl Dr. A. ___), die zweimal an den Gesprächen dabei gewesen sei. Sie habe ein paar Gespräche bei ihr gehabt, dann sei Corona dazwischenge kommen und man habe abgeschlossen. Sie habe nicht mehr gehen wollen. Sie habe einen türkischen Hausarzt, mit dem sie sprechen könne (Urk. 11/56/70). Der psychiatrische Gutachter führte dazu nachvollziehbar aus, dass die Beschwerdeführerin aktuell nicht mehr in psychiatrischer Behandlung sei und sie eine psychiatrische Behandlung nur dann in Anspruch nehme, wenn der Gatte dekompenriere und dieser vom Psychiater (richtig: Psychotherapeut) notfallmässig mit einem Hausbesuch aufgesucht werden müsse. Es sei dringend eine psychiatrische Therapie der Angststörung angezeigt, und zwar auf Türkisch (Urk. 11/56/78). Die Beschwerdeführerin müsste mit einer Verhaltenstherapie lernen, adäquat mit den Ängsten umzugehen, statt zu vermeiden, sich zurückziehen und sich übermässig von den Symptomen beeindruckt zu lassen. Es sollte theoretisch bedingt möglich sein, die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen relevant zu verbessern. In der Realität könne dies aber angesichts der Sprachbarriere, der mangelnden Integration in der Schweiz und des Analphabetismus kaum bewerkstelligt werden (Urk. 11/56/80-81, Urk. 11/56/15).

Damit ist ausgewiesen, dass sich die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der Beschwerdeführerin

nebst der psychiatrischen medikamentösen Behandlung auf die Betreuung hauptsächlich durch einen delegierten Psychotherapeuten mit unregelmässigen, teils monatlichen, teils vierzehntägigen Therapiesitzungen beschränkt, welche vor allem im Rahmen der Behandlung ihres Ehemannes oder von Paarsitzungen stattfindet, bei welchen überdies der Ehemann als Übersetzer fungiert. Hinzu kommt, dass die von der Psychiaterin zuletzt eingerichtete medikamentöse Behandlung mit dem Wirkstoff Quetiapin (Urk. 11/41/2) gemäss dem Ergebnis der gutachterlichen Blutuntersuchung weit unterhalb der Konsensleitlinien lag (Urk. 11/56/87, Urk. 11/56/90). 5.4.2

Es kann bei dieser Sachlage

und angesichts der dringenden gutachterlichen Therapieempfehlung mit Verbesserungspotential der Arbeitsfähigkeit nicht von einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung und vom Ausschöpfen der Therapieoptionen

respektive vom definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie, welche auf eine negative Prognose hinweist (vgl. BGE 141 V

281 E. 4.3.1.2), gesprochen werden.

Die Bedenken des psychiatrischen Gutachters, in der Realität könne eine psychiatrische Therapie aber angesichts der Sprachbarriere, der mangelnden Integration in der Schweiz und des Analphabetismus kaum bewerkstelligt werden (Urk. 11/56/81), können nicht geteilt werden. Denn es ist der Beschwerdeführerin auch möglich, sich von ihrem türkisch sprechenden Hausarzt behandeln zu lassen

(«..., dann sei Corona dazwischengekommen und man habe abgeschlossen. Sie habe nicht mehr hingehen wollen. Sie habe einen türkischen Hausarzt, Dr. L.____, mit welchem sie sprechen könne.» ; Urk. 11 /56/ 70) ;

weder die mangelnde Integration noch ihr Analphabetismus oder die mangelnden Deutschkenntnisse vermögen sie

mithin an Arzt-Konsultationen zu hindern. Die Bedenken sind zudem letztlich unerheblich, da die genannten Faktoren und insbesondere die fehlenden Deutschkenntnisse der seit 2010 in der Schweiz lebenden Beschwerdeführerin

jedenfalls nicht von der Invalidenversicherung zu vertreten sind. 5.4.3

Die Beschwerdeführerin wendet zur gutachterlichen Therapieempfehlung ein, gerade eine Verhaltenstherapie zur Bearbeitung von neurotischen Störungen und insbesondere von Traumaexpositionen

sei unzureichend. Bei Traumaexpositionen sei es wichtig, dass körperorientiert und mit dem Vagus gearbeitet werde.

Therapieerfolge hätten zudem weniger mit konkreten Ansätzen als mit der Person des Therapeuten zu tun (Urk. 7 S. 9).

Hieraus kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Denn die von Psychotherapeuten vertretene unterschiedliche Behandlungsansatz zur Traumaexposition

ist bedingt durch die unterschiedliche diagnostische Einordnung und Gewichtung der Symptomatik, der PTBS mit Panikstörung von den Behandlern einerseits und der Angststörung vom psychiatrischen Gutachter andererseits. Indes steht unabhängig davon fest, dass die bisher durchgeführte Behandlung ungenügend war. Denn

selbst die behandelnde Psychiaterin war nach eigenen Angaben (Urk. 11/41/1) im Rahmen der bisherigen, bereits seit 2017 aufgelegten Behandlung nicht in der Lage, einen verlässlichen psychopathologischen Befund zu erstellen. Es hat denn auch nie eine spezifische, allein auf die Beschwerdeführerin ausgerichtete psychiatrische Behandlung in türkischer Sprache ausserhalb der schwierigen Ehesituation und ohne Ehemann stattgefunden, dies obschon dessen Impulsdurchbrüche nach überzeugender gutachterlicher Einschätzung massgeblich an den Sorgen der Beschwerdeführerin, an ihrer Rückzugstendenz und an ihrem Verstummen beteiligt sind (Urk. 11/56/78). Auch daher ist die bisherige Therapie in Zweifel zu ziehen.

Vor diesem Hintergrund und eingedenk der überzeugenden gutachterlichen Einschätzung ist auch ohne die beantragte weitere Abklärung (Urk. 7 S. 9)

erstellt, dass eine

vom Ehemann unabhängige, regelmässige

psychiatrische Therapie in türkischer Sprache unter Berücksichtigung der Angststörung angezeigt ist. 5.

E. 2.2.3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der

Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 2.3.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2.3.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art.

16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in den Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG); dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (vgl. BGE 141 V 15 E. 3.2 mit Hinweisen). 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, die medizinische Abklärung mit mehreren Fachrichtungen habe ergeben, dass die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit im Reinigungsdienst im Rahmen von fünf Stunden pro Tag weiterhin ausführen könne. Die externe Untersuchung und insbesondere die gestellten Diagnosen seien plausibel. Die psychiatrische Teiluntersuchung sei durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mit Hilfe einer Dolmetscherin erstellt worden. Traumata könnten auch zu anderen psychischen Störungen führen, ohne dass dabei die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sein müssten. Weiter hätten keine gravierenden strukturpathologischen Befunde und Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

festgestellt werden können. Auch würden die bisherigen therapeutischen Massnahmen nicht den behaupteten Beschwerden entsprechen. Aus psychiatrischer Sicht würden viele persönliche Faktoren vorliegen, wie beispielsweise die fehlende Integration, Ausbildung und Sprachkenntnisse, die keine Leistungen der Invalidenversicherung begründen würden. Die vorhandenen Ängste und ihr Vermeidungs- und Zwangsverhalten seien aufgrund des soziokulturellen Hintergrunds der Beschwerdeführerin nachvollziehbar, würden jedoch ebenfalls keine Leistungen der Invalidenversicherung begründen. Es könne durchaus sein, dass die Leistungseinschränkungen überwiegend wahrscheinlich durch die psychische Störung resultieren würden. Diese seien jedoch nicht ausreichend behandelt worden. Es werde eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in türkischer Sprache mit Verhaltenstherapie zum Erlernen des Umgangs mit ihren Ängsten empfohlen. Auch sollte die gegenwärtige Therapie nicht weiter im Beisein und mit Übersetzung des Ehemannes stattfinden. Es werde von einer Verbesserung der gesundheitlichen Störung in den nächsten zwei bis drei Jahren ausgegangen, sofern die Beschwerdeführerin eine muttersprachliche Behandlung durchführe. Eine Abklärung der Einschränkung in den Haushaltstätigkeiten werde nicht durchgeführt, da keine invalidisierende gesundheitliche Einschränkung vorliege (Urk. 2).

In der Beschwerdeantwort erklärte die Beschwerdegegnerin

unter Verweis auf die Ressourcenprüfung vom 10. März 2021 (Urk. 11/60) zusätzlich, dass von den im psychiatrischen Teilgutachten aufgelisteten Diagnosen nur die rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, berücksichtigt werden könne. Denn die generalisierte Angststörung sei gemäss dem Gutachten nicht konsistent und aufgrund der fehlenden Codierung und dem Verweis «sehr wahrscheinlich» nur als Verdachtsdiagnose anzusehen. Die anderen Diagnosen seien Z-codiert und rechtsprechungsgemäss nicht rechtserheblich; sie würden damit als ressourcenhemmend ausser Acht fallen. Auch lägen bezüglich der daher zu prüfenden funktionellen Auswirkungen der psychischen Erkrankung lediglich wenige und leichte objektive Befunde wie eine deutlich affektarme Stimmung und ein deutlich affektarmer Affekt ohne Affektlabilität sowie eine geringfügig beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit vor. Auch sei keine adäquate Therapie erfolgt, was gegen eine schwerwiegende psychische Erkrankung spreche. Die Beschwerdeführerin nehme laut dem Gutachten zudem nur psychiatrische Behandlung in Anspruch, wenn der Ehegatte dekompenziert oder sie zusammen in Paartherapie seien. Eine leitliniengerechte Therapie für die Beschwerdeführerin alleine sei nicht erfolgt. Eine solche Therapie werde ihr jedoch geraten, was indes nicht auf ein IV-relevantes Leiden hinweisen müsse. Als Ressource seien der Kontakt zu ihren beiden Kindern und zu der befreundeten Familie zu nennen.

Ressourcenhemmend seien die fehlende Integration und Deutschkenntnisse sowie die Probleme in der Ehe beziehungsweise mit dem kranken Ehemann. Die psychosozialen Belastungen stünden klar im Vordergrund, wie sich aus dem Sachverhalt ergebe (Urk. 10 S. 2). 3.2

Die Beschwerdeführerin bringt zunächst vor, sie und ihr Ehemann hätten wegen militärischer Verfolgung flüchten müssen. Der Ehemann sei mit 14 Jahren das erste Mal inhaftiert und gefoltert worden. Nach der Geburt der beiden gemeinsamen Kinder habe der Ehemann auch vom neuen Wohnort flüchten müssen. Sie, die Beschwerdeführerin, habe die Kinder daher alleine grossgezogen; dabei sei sie von der Militärpolizei immer wieder bedrängt und bedroht worden. Nachdem der Ehemann in der Schweiz Asyl erhalten habe, habe er seine Ehefrau vor einigen Jahren (im Jahr 2010; Urk. 11/3/2) zu sich holen können. Sie habe den Haushalt besorgt und den Kontakt zu den Kindern behalten sowie vor vier Jahren (ab 2016; Urk. 5/2) eine Arbeit für Nachbarn als Reinigungsmitarbeiterin mit einem Pensum von 30 % und einem Einkommen von monatlich etwa Fr. 1'000.-- aufgenommen. Sie habe jedoch zunehmend an Rückenschmerzen gelitten. Zunehmend hätten ihr auch die periodischen Traumaexpositionen ihres Ehemannes verbunden mit viel Ärger und Streit zu schaffen gemacht. Ausserdem hätten ihr die Kinder und die Familie gefehlt (Urk. 4 S. 2, Urk. 7 S. 3).

Sodann wendet die Beschwerdeführerin gegen den angefochtenen Entscheid ein, die von der

Beschwerdegegnerin nach dem Gerichtsurteil vom 27. März 2019 vorgenommene Abklärung sei als Basis für eine Entscheidungsfindung über die Arbeitsfähigkeit ungeeignet. Eine objektive auf Fachbeurteilungen beruhende Abklärung sehe anders aus (Urk. 7 S. 13). Schon die Formulierung der Ausgangsbedingungen und Fragestellungen im Auftrag an die B.____

(Urk. 11/50) enthielten Fehler und Ungenauigkeiten, welche von den Gutachtern übernommen worden seien. So sei die Auflistung der ärztlichen Zeugnisse falsch; in der Anmeldung zum Leistungsbezug werde (richtigerweise) eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit seit März 2010 angegeben. Erwiesenermassen falsch sei ausserdem die Aussage, dass aus somatischer Sicht keine konkreten Befunde oder Angaben zu funktionellen Einschränkungen bestünden und eine spezifische Behandlung nicht stattfinde. Denn es würden Berichte der Klinik C.____ und der Universitätsklinik D.____ sowie zwei Berichte des Hausarztes vorliegen. Auch in den therapeutischen und psychiatrischen Berichten werde die Schmerzthematik behandelt. Falsch sei auch, dass sich die psychiatrischen Angaben einzig auf Aussagen des Ehemannes stützen würden. Es habe in keiner Phase ein Gespräch mit dem Ehemann stattgefunden, obschon das sinnvoll gewesen wäre. Dies zeige, dass die Beschwerdegegnerin die therapeutischen und psychiatrischen Berichte des Psychotherapeuten Y.____ und dessen delegierende Psychiatrinerin negiere. Inhaltlich nicht gerechtfertigt und suggestiv seien weiter die Aussagen der Beschwerdegegnerin im Auftragschreiben (Urk. 11/50/2)

über inhaltliche Defizite allfälliger nicht namentlich genannter Berichte, wenn erklärt werde, dass Diagnosekriterien, Beurteilungen von Fähigkeiten und funktionellen Einschränkungen oder eine Begründung der Leistungsminderung nicht vorgelegt würden. Zum einen würden diese Kriterien zumindest ansatzweise durchaus thematisiert. Zum anderen müssten die Berichte der Behandler diese Ansprüche an die Verlaufsberichte nicht erfüllen, denn

diese orientierten sich an den Mitteilungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) für amtliche Gutachten. Der Sachverständigen (bezüglich des B.____-Gutachtens) sei damit indes bereits angedeutet. Die Generalurteilung in der Auftragserteilung, aus versicherungsmedizinischer Sicht seien weder Diagnosen noch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar, komme wie ein absolutes Verdikt einer deutungshoheitlichen Setzung daher. Dies stelle in Frage, ob der Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) das traumatherapeutische Geschehen verstanden habe (Urk. 7 S. 4 ff.) .

Das polydisziplinäre Gutachten stelle sich als eine Art Gefälligkeitsgutachten

dar. Die falschen und tendenziösen Auftragsangaben seien von den Gutachtern übernommen worden, ohne sie zu hinterfragen, was die Neutralität und Unabhängigkeit der Gutachter in Frage stelle. Türkische Berichte beispielsweise zur Epilepsie seien nicht eingeholt und der behandelnde Psychotherapeut sowie Dr. A.____ nicht angefragt worden. Dahingestellt bleibe, was das Ergebnis der gutachterlichen Blutuntersuchung, wonach das Psychopharmaka Seroquel nicht habe nachgewiesen werden können, für die Klärung der Aufgabenstellung gebracht habe. Dabei sei es offenbar mehr um die Verlässlichkeit der Angaben der Beschwerdeführerin oder die Qualität des Therapieverlaufs gegangen. Die Klärung der Haushaltstätigkeit sei vom psychiatrischen Gutachter Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nur beiläufig abgehandelt worden. Die Befunde seien einigermaßen umfassend beschrieben worden, eine fundierte Herleitung zu den diagnostischen Beurteilungen fehle indes vollständig. Die Diagnosen seien nicht eindeutig und zum Teil grundfalsch besprochen worden. In der Gesamturteilung werde ihre Bemerkung anlässlich der Begutachtung zitiert, dass sie, die Beschwerdeführerin, drei Bandscheiben habe. Was damit gemeint sei, werde aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Aus dem aufgeführten biographiegeschichtlichen Verlauf der Traumaexpositionen von ihr und ihrem Ehemann

seien keine traumaspezifischen Schlüsse gezogen worden. Auch seien ihre Angaben zur Kontrolle der Haus- und Wohnungstür, des Effekts der Corona-Pandemie, zu den Ausbrüchen des Ehemannes, ihrem hohen Blutdruck, wenn sie traurig sei, sowie zu den wahnhaften Vergiftungsvorstellungen von Tomaten nicht in einen Gesamtzusammenhang psychischer Belastungen und der Traumaexpositionen gestellt worden. Es fehle sodann an einer Klärung der Diskrepanz der gutachterlich gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), im Unterschied zu jener der behandelnden Ärzte einer mittleren bis schweren depressiven Störung. Bezüglich der Anmerkung «sehr wahr scheinlich» bei der Diagnose einer generalisierten Angststörung ohne ICD-Verweis stelle sich die Frage, was dies bedeute und warum die Gutachter nicht zu einem unzweideutigen Schluss gekommen seien. Diese Art der Relativierung stehe dem Bestreben einer objektiven Beschreibung der Krankheits Symptome und ihrer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entgegen. Einerseits hätte man erwarten können, dass die Gutachter versucht hätten, weitere Informationen zu generieren, um diese Frage eindeutig beurteilen zu können. Andererseits würden die Symptombeschreibungen dermassen klar und eindeutig vorliegen, dass daraus logisch erweise

eine entsprechende Setzung gefolgt wäre. Dementsprechend habe der psychiatrische Gutachter die Angstthematik in das Zentrum seiner Beurteilung gesetzt. Die Diagnose «sonstige negative Kindheitserlebnisse mit Ausgrenzung und Erleben von Verfolgung als Kurdin (Z61. 8)» sei unstatthaft aufgeblasen und entfremdet worden. Dies sei wie eine

Korrektur oder Abschwächung der von den behandelnden Ärzten postulierten Traumafolgestörung. Das zur Relativierung G esagte gelte auch für die Diagnose «Verdacht auf zwanghafte Persönlichkeitszüge (Z73.0)», wobei hier ausserdem die Codierung falsch sei und wohl Z73.1 gemeint sei. Bezüglich der im Gutachten aufgeführten funktionellen Auswirkungen der Befunde wäre die Beantwortung der Frage interessant, welche leidensangepassten Tätigkeiten für sie in Frage kommen könnten. Die Arbeit als Reinigungskraft sei schon anstrengend genug und etwas Anderes habe sie nie gelernt. Die in Ziffer 4.5 und Ziffer

E. 4

, Urk. 7 S.

1

f.). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 18. März 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 10). In der Replik vom 9. Februar 2022 hielt die Beschwerdeführerin sinngemäss an ihren Anträgen fest (Urk. 15). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 25. Mai 2022 auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 17), was der Beschwerdeführerin am 27. Mai 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18). Hierzu äusserte sich die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 11. Juni 2022 (Urk. 19), welche der Beschwerdegegnerin am 16. Juni 2022 zur Kenntnis zugestellt wurde (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG

in der ab 1. Januar 2022 gültigen Fassung) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2022 (Urk. 2) erging nach dem 1. Januar 2022. Da hier ein allfälliger Rentenanspruch

frühestmöglich jedenfalls

vor dem 1. Januar 2022 entstanden ist, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend in dieser Fassung zitiert werden. 2.

E. 4.2

4.2.1

Den von der Beschwerde gegen sie nunmehr eingeholten Bericht ist im Wesentlichen das Folgende zu entnehmen.

Gemäss dem Bericht der Radiologie und Neuroradiologie der Klinik C.____

vom 10. September 2015 ergab die Magnetresonanztomographie (MRT) der Lendenwirbelsäule (LWS) gleichen Datums eine Chondrose

vor allem auf Höhe L4/L5 mit flacher breitbasiger Diskushernie und Tangierung der Nervenwurzel L5 im Recessus rechtsbetont sowie zusätzlich eine Einengung des Spinalkanals > 50 % (Urk. 11/33/7).

In den Berichten

des Psychotherapeuten Y.____

vom 7. Dezember 2019 (Urk. 11/25) und vom 16. März 2020 (Urk. 11/29) wurde weitgehend dasselbe ausgeführt wie im Bericht vom 19. Juni 2017 (Urk. 11/6).

Insbesondere wurden dieselben Diagnosen festgehalten und weiterhin eine Arbeitsfähigkeit als Reinigungsmitarbeiterin von zirka 20 % respektive von 20

bis 30 % angegeben.

Im Bericht vom 7. Dezember 2019 wurde ausserdem erklärt, die Konsultationen würden unregelmässig erfolgen, zum Teil mit Paargesprächen; der Ehemann müsse übersetzen (Urk. 11/25 /2).

Die delegierende Psychiaterin Dr. A.____ attestierte in den Arztzeugnissen vom 17. Dezember 2019 , vom 25. Juni 2020 und vom 26. März 2021 je eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % vom 1. Januar bis 31. März 2020 (Urk. 11/30) , vom 1. Juli bis 30. September 2020 (Urk. 11/44) und vom 1. April bis 30. Juni 2021

(Urk. 11/69). Im Bericht vom 12. Juni 2020 erklärte Dr. A.____ ,

sie begleite die Beschwerdeführerin im Rahmen der delegierten Psychotherapie von Y.____

seit Januar 2017 und deren Ehemann seit August 2015. Insgesamt verweise sie auf den Bericht des Psychotherapeuten vom 7. Dezember 2019. Sie habe die Beschwerdeführerin letztmals am 25. Februar 2020 und am 27. Mai 2020 zusammen mit ihrem Ehemann gesehen, der jeweils als Übersetzer wirke, da die Beschwerdeführerin kaum ein Wort Deutsch könne. Aus diesem Grund sei es schwierig, einen differenzierten psychopathologischen Befund zu erheben. Es sei gemäss seinen Angaben und auch dem Verhalten der Beschwerdeführerin von einem ängstlich-depressiven Syndrom mit Panikattacken und Alpträumen auszugehen. Sie schreke in der Nacht auf und irre dann umher und telefoniere der Tochter in der Türkei. Der Schlaf sei dadurch erheblich gestört. Sie habe auch psychotisch anmutende Ideen, dass die Tomaten vergiftet seien , und werfe diese dann weg. Die Beschwerdeführerin sei durch ihr massives Rückenleiden und den gestörten Nachtschlaf erheblich eingeschränkt. Es seien die folgenden Diagnosen gestellt worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelschwere Episode (ICD-10 F33.1), Panikstörung (ICD-10 F41.0), Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), Alpträume (ICD-10 F51.5). Die Arbeitsunfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht fusse vor allem auf der ängstlich-depressiven Symptomatik mit Panikattacken und der PTBS. Die Versicherte traue sich kaum aus dem Haus, was in der Coronakrise noch verschärft worden sei (Urk.

E. 4.4

Aufgrund des Gesagten kann auch dem unter dem Titel «Ausschöpfung von Therapiemöglichkeiten» gestellten Antrag der Beschwerdeführerin, es sei festzu stellen, dass das beliebte Stilmittel von IV-Stellen und von amtlichen Gutachten, von den Versicherten und ihren behandelnden Fachkräften Therapiemassnahmen zu verlangen, nicht legitim sei und nur dazu diene, der Kernaufgabe der Beurteilung einer objektivierten Arbeitsfähigkeit auszuweichen (Urk. 7 S. 3), nicht gefolgt werden. 5. 5

5.5.1

Beim Indikator der Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3, präzisiert in BGE 143 V 418 E. 8) fallen die somatischen krankheitswertigen Störungen

als ressourcenhemmender Faktor und rechtlich bedeutsame Komorbiditäten hier angesichts der insofern gutachterlich attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/56/13-14) ausser Betracht.

Auch ergeben sich keine fachärztlichen Hinweise auf eine Interferenz der somatischen Erkrankungen mit der depressiven Symptomatik und der Angstsymptomatik.

Bei den psychischen Beschwerdebildern steht gemäss dem psychiatrischen Gutachter die generalisierte Angststörung im Vordergrund (Urk. 11/56/78).

Mit Bezug auf die

leichte depressive Störung wurde im Gutachten keine spezifische Wechselwirkung der Befunde oder eine dadurch bedingte ressourcenhemmende Wirkung aufgeführt und keine ausdrückliche Stellung zum Indikator Komorbiditäten genommen. Zwar ist es naheliegend und möglich, dass die depressive Stimmung mit Affektarmut und gering beeinträchtigten kognitiven Funktionen (Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit; Urk. 11/56/71-73)

durch die unspezifischen Ängste und Sorgen mit funktionellen Störungen (Schluckstörungen und Globusgefühl) und umgekehrt ungünstig beeinflusst werden. Eine leichte ressourcenhemmende Wirkung durch die psychischen Symptome ist mithin

denkbar; mangels besonderer, weder gutachterlich genannter noch aktenkundiger konkreter Interferenzen ist eine solche aber jedenfalls nicht als erheblich anzunehmen, zumal die generalisierte Angststörung nicht vollständig ausgeprägt ist (Urk. 11/56/75). Eine rechtlich bedeutsame Komorbidität ist damit nicht zu begründen. 5.5. 2

Unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung» ist zusammenfassend, bei insgesamt leichten und jedenfalls nicht schweren psychischen Krankheiten, einem verbleibenden bedeutenden therapeutischen Potential

und ohne gewichtige Komorbidität, das Vorliegen einer schweren psychischen Störung zu verneinen. Es müsste daher gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2). 5.6

5.6.1

Zum Komplex Persönlichkeit (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; BGE 141 V 281 E. 4.3.2) fällt ins Gewicht, dass keine fachärztlich diagnostizierte Persönlichkeitsstörung vorliegt, sondern lediglich der Verdacht auf zwanghafte Persönlichkeitszüge (Urk. 11/56/10), der sich am Ehesten auf die im Gutachten erwähnten «gewissen Kontrollzwänge» (Urk. 11/56/72) bezieht. Diesem Verdacht ordneten die

Gutachter zwar eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Wirkung bei, indem sie ihn unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einordneten (Urk. 11/56/10). Weitere Erläuterungen hierzu, welche zur hier mass geblichen Klärung des funktionellen Schweregrades respektive der funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung beitragen würden, wurden indes nicht aufge führt. Eine die persönlichen Ressourcen betreffende Beeinträchtigung ist hieraus damit

aus rechtlicher Sicht nicht erwiesen.

Bezüglich der Persönlichkeitsstruktur sind zumindest die von den Gutachtern dar gelegte Beeinträchtigung der Sozialkompetenz und der persönliche n Kompetenz (Urk. 11/56/79) beachtlich. Im psychiatrischen Befund wurde hierzu ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei in der Ich -I dentität als Person wenig spürbar. Man gewinne den Eindruck , dass sie in ungünstigen ehelichen und psychosozialen Umständen fern der Heimat leben müsse, über die sie sich allerdings nicht beklage, die sie eher fatalistisch hinnehme. Sie vermittele nicht das Gefühl einer Persönlichkeit, die sich von den Strukturen her bezüglich Selbstwertgefühl imstande sehen würde, eigene Lebensziele zu verfolgen. Dementsprechend gefan gen sei sie auch in der psychischen, durch politische Verfolgung bedingte Fehl entwicklung ihres Ehegatten (Urk. 11/56/72). I n seiner Beurteilung erklärte der psychiatrische Gutachter ferner , die Beschwerdeführerin lebe, was die Sozialkom petenz und die Umsetzung von persönlichen Wünschen anbelange, sicher eine Vita minima ; sie müsse auch in der Ehe seit Jahren immer wieder darauf achtge ben, den Ehemann ja nicht mit zu vielen Worten zu provozieren, was dazu geführt habe, dass sie immer leiser und schweigsamer geworden sei (Urk. 11/56/75-76). Dementsprechend schlossen die Gutachter nachvollziehbar auf mässige (persön liche) Ressourcen (Urk. 11/56/12, Urk. 11/56/79) . Es ist damit davon auszugehen, dass sich die teilweise problematische Persönlich keit der Beschwerdeführerin lei cht ressourcenhemmend auswirkt. 5.

E. 4.6

des Gutachtens gemachten Ausführungen (Urk. 11/56/12) zu de n Ressourcen und der Konsistenz prüfung seien nichtssagend und für die Klärung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant. Es sei zudem widersprüchlich, wenn aus rheumatologischer Sicht einerseits keine Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit als Reinigungsmitarbeiterin attestiert werde, andererseits aber Einschränkungen beim Treppensteigen, Tragen von Lasten, Fensterputzen und Knien auf dem Boden aufgeführt würden . D as Argument der Gutachter (in Ziffer 4.7; Urk. 11/56/13) bezüglich der Diskrepanz zur hausärztli chen Beurteilung, welche auf eine andere Beschreibung des Verlaufs zurückge führt werde, sei ein unklares Argument. Auch stehe di e Einschätzung der Gutachter einer auch retrospektiv angegebenen Arbeitsfähigkeit von fünf Stunden im Reinigungsdienst im Widerspruch zu der von der delegierenden Psychiaterin Dr. A.____ attestierten 80%igen Arbeitsunfähigkeit ab 201 0. Zur Therapie empfehlung der Gutachter einer von einem türkischen Thera peuten durchgeführ ten Verhaltenstherapie zur Bearbeitung der chronischen Ängste sei anzumerken, dass gerade eine Verhaltenstherapie zur Bearbeitung von neurotischen Störungen und insbesondere von Traumaexpositionen

unzu reichend sei. Diverse verglei chende Studien hätten ausserdem gezeigt, dass Therapieerfolge weniger mit konkreten Ansätzen als mit der Person des Therapeuten zu tun h ätten . Bei Trauma expositionen sei es wichtig, dass körper orientiert und mit dem Vagus gearbeitet werde. Dies sei, wenn das Gericht diese Fragen klären wolle, mit den entspre

chenden Fachleuten und nicht aufgrund der Beurteilungen der eingespannten amtlichen Gutachter beziehungsweise mit der Beschwerdegegnerin abzuklären. Ferner habe eine eigentliche Konsensbesprechung der Gutachter nicht stattgefunden. Eine solche sei lediglich elektronisch auf der eigenen Datenbank mit Durchsicht der Fachgutachter sämtlicher Gutachten an drei Tagen erfolgt und der Gutachter Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, habe die Versatzstücke der Einzelgutachter zusammengetragen (Urk. 7 S. 6 ff.).

Angesichts dieser Kritik am Gutachten müsse auch an der Integrität und Glaubwürdigkeit der Arbeit des RAD, der die gutachterliche Bestandesaufnahme und insbesondere die Diagnostik geprüft und als integer befunden habe, gezweifelt werden. Mit dieser gängigen Praxis sei die Rechtssicherheit gefährdet. Des Weiteren seien in der Kommentierung respektive Zusammenfassung der Beschwerdegegnerin

im Feststellungsblatt auf Seite 2 (Urk. 11/70/2) zum Einwandschreiben (Urk. 11/67) die psychosomatischen Beschwerden nicht thematisiert worden und die Einwände ungenau wiedergegeben worden. So seien die Fragestellungen an die Gutachter nicht nur «äusserst mangelhaft», sondern zum Teil grundfalsch, verdreht und unsachlich. Auch sei das Gutachten nicht nur «oberflächlich». Unter dem Titel «Stellungnahme KB» treffe die Bemerkung, dass eine Stellungnahme aus psychiatrischer Sicht fehle, nicht zu. Hinsichtlich der Indikatorenprüfung werde eventuell auf die «Ressourcenprüfung» vom 13. April 2021 (Urk. 11/60) Bezug genommen. Darin würden indes lediglich zu dieser Zeit bekannte Angaben aufgelistet, von einer Indikatorenprüfung könne nichts festgestellt werden. Betreffend die Stellungnahme des RAD (vom 2. August 2021, Urk. 11/70/3) sei zu bemerken, dass darin vom RAD-Berater erstmals eine Aussage über Traumaexpositionen gemacht worden sei, indem er erklärt habe, dass Traumata auch zu anderen psychischen Störungen führen könnten, ohne dass die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) erfüllt seien. All fällige Kriterien für eine PTBS seien weder von den Gutachtern noch vom RAD geprüft worden (Urk. 7 S. 10 ff.).

In der Replik bemerkte die Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin

sei auf die These, dass das Gutachten aus mehreren Gründen befangen und sogar falsch sei, insbesondere bezüglich der Diagnostik, mit keinem Wort eingegangen. Es werde wie in der Beschwerde ausgeführt bestritten, dass das Gutachten alle rechtlichen Anforderungen erfülle und ihm voller Beweiswert zukomme. Ebenfalls unbrauchbar und tendenziös wie das Gutachten selber sei die Diagnosebesprechung der Beschwerdegegnerin. Die von der Beschwerdegegnerin geäusserte Kritik am Therapieverlauf sei von Grund auf falsch ausgerichtet. Wie das Bundesgericht schon mehrfach festgestellt habe, sei die Arbeitsfähigkeit unabhängig vom Therapieverlauf zu beurteilen. Bezüglich eines angeblich ausführlich aufgeführten strukturierten Beweisverfahrens in Form einer «Ressourcenprüfung» habe sie, die Beschwerdeführerin, nichts Verwertbares feststellen können. Das Hervorheben von psychosozialen Belastungen, die aus Sicht der Beschwerdegegnerin nicht rentenbegründend sein sollen, sei als reine Abwehr zur Faktenbeurteilung anzusehen (Urk. 15).

Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, in der Zeit nach dem Vorbescheidverfahren habe sich ab Mitte 2021 eine massive Verschlechterung ihrer Gesundheitssituation eingestellt. Ende Juli 2021 habe sie ihren Arbeitsvertrag kündigen müssen. Mitte Oktober 2021 sei sie mit ihrem Ehemann in die Türkei geflogen. Ihre Rückenschmerzen hätten sich

dermassen verstärkt, dass sie völlig immobilisiert worden sei und ärztliche Hilfe benötigt habe. Erst drei Monate später sei sie per Rollstuhl soweit reisefähig gewesen, dass ein Rückflug habe organisiert werden können. Es sei eine Abklärung im Spital G.____ gefolgt. Auch zuhause habe sie über Monate nur liegen können. Hausarbeit sei überhaupt nicht möglich gewesen. Erst nach Monaten hätten die Schmerzen langsam nachgelassen. Die bessere Behandlung in der Schweiz habe zu einer Verbesserung ihres Zustandes geführt. Aktuell (zurzeit der Beschwerdeergänzung vom 11. März 2022; Urk. 7) könne sie im Haushalt wieder einiges machen, insbesondere kochen. Alles andere, namentlich Wäsche waschen, staubsaugen, einkaufen etc. sei ihr nicht möglich. Diese Arbeiten würden von ihrem Ehemann oder befreundeten Frauen verrichtet. Diese Verschlechterung sei therapeutisch natürlich behandelt worden. Die delegierende Psychiaterin habe sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. An eine Aufnahme ihrer Arbeit, weder im Haus noch in der Reinigung, sei bei weitem noch nicht zu denken. Eine erneute Abklärung sei unabdingbar. Eine solche sei indes nicht von der Beschwerdegegnerin vorzunehmen (Urk. 7 S. 3 und S. 13, Urk. 4 S. 2 f.). 3.3

3.3.1

Auf die Anträge der Beschwerdeführerin, es sei zu klären, ob von Seiten der Beschwerdegegnerin ein Amtsmissbrauch oder allenfalls eine Fahrlässigkeit vorliege, die strafrechtlich zu ahnden wäre, und ob auf Seiten des ärztlichen Gutachtens der B.____ GmbH strafrechtlich ein Vergehen oder mindestens eine strafrechtlich zu beurteilende Fahrlässigkeit vorliege (Urk. 7 S. 1), ist mangels sachlicher Zuständigkeit des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich in Strafsachen (vgl. § 2 f. des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) nicht einzutreten. 3.3.2

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint hat.

Der frühestmögliche (hypothetische) Beginn einer allfälligen Rente ist aufgrund der Anmeldung vom 3. Juni 2017 (Urk.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

An diesem Ergebnis vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es habe sich ab Mitte 2021 eine massive Verschlechterung ihrer Gesundheitssituation eingestellt (Urk. 7 S. 3 und S. 13, Urk. 4 S. 2 f.), zumindest bezüglich des hier beachtlichen Zeitraums richterlicher Überprüfungsbefugnis (BGE 143 V

409 E. 2.1, 122 V 77 E. 2b) bis zur Verfügung vom 7. Januar 2022 (Urk. 2),

nichts zu ändern. Denn für die Begründung eines Rentenanspruchs, und nur ein solcher wurde geltend gemacht (Urk. 7 S. 1), müsste eine Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG)

von durchschnittlich mindestens 40 % ohne wesentlichen Unterbruch während eines Jahres (sogenanntes Wartejahr; Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG) mit anschliessender Invalidität (Art. 8 ATSG) von mindestens 40 % (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bestanden haben. Mit einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes ab Mitte 2021 könnte das

Wartejahr bis zum 7. Januar 2022 (Urk. 2)

allerdings selbst ausgehend von einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % noch nicht erfüllt gewesen sein. Im hier beachtlichen Zeitraum konnte daher jedenfalls noch kein Rentenanspruch entstanden sein.

Die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes wird daher im Rahmen einer Neuanmeldung (erstmalige Geltendmachung der Verschlechterung mit Eingabe vom 9. Februar 2022 [Urk. 4 S. 2 f.] unter Beilage des Arztzeugnisses von Dr. A. ___ vom 25. Juni 2021 [Urk. 5/1] und des Aufhebungsvertrages vom

24. Juni 2021 [Urk. 5/2]) von der Beschwerdegegnerin

- auch unter dem Blick der Eintretensfrage (Art. 87 Abs. 3 IVV) - zu prüfen sein.

E. 6.2

Die Beschwerdeführerin beantragt des Weiteren die Überprüfung und allfällige Aufhebung der 30 - tägigen Rechtsmittelfrist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG , da sie gegen die Rechtsgleichheit verstosse

und Versicherte ohne Möglichkeit der Vertretung, diese Frist nicht einhalten könnten. Es sei zudem stossend, dass Ämter und Gerichte alle Zeit der Welt hätten, um ihre Dossiers zu klären und Entscheide zu fällen (Urk. 7 S. 1 f.) .

Dem ist entgegenzuhalten, dass im Rechtsgang prozessuale Formen unerlässlich sind , um die ordnungsgemässe und insbesondere auch die rechtsgleiche Abwicklung des Verfahrens sowie die Durchsetzung des materiellen Rechts zu gewährleisten (Urteil des Bundesgerichts U 283/06 vom 23. Februar 2007 E. 8.1). Insbesondere aber wird eine Überprüfung von Gesetzen auf ihre Verfassungsmässigkeit durch das Gericht aufgrund von

Art. 190 der Bundesverfassung (BV), wonach Bundesgesetze und Völkerrecht für das Bundesgericht und die anderen rechtsanwendenden Behörden massgebend sind, beschränkt . Aufgrund von Art. 190 BV haben das Bundesgericht und die anderen rechtsanwendenden Behörden Bundesgesetze selbst dann anzuwenden, wenn diese verfassungswidrig sind , da sie der abstrakten Normenkontrolle nicht unterliegen (Urteil des Bundesgerichts 1C_220/2014 vom 23. Mai 2014 und 9C_385/2021 vom 21.

Dezember 2021 E. 5.1) . Die im Gesetz verankerte Entscheidung des Gesetzgebers einer 30 - tägigen Rechtsmittelfrist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG gilt es somit zu respektieren . Dem hat die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid mit korrekter Rechtsmittelbelehrung Rechnung getragen (Urk. 2 S. 2).

E. 6.3

Die angefochtene Verfügung vom 7. Januar 2022 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig.

Sämtliche weitere Vorbringen führen zu keiner anderen Betrachtungsweise . Von weiteren Beweismassnahmen, namentlich von der sinn gemäss beantragten Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 7 S. 13 a.E .), sind keine anderen entscheid relevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5 , 124 V 90 E. 4b ; Urteil des Bundesgerichts 8C_739/2020 vom 17. Februar 2021 E. 5.4)

Die Beschwerde ist folglich abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist, und die Sache ist nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Neuanmeldung (vgl. E. 6.1 vorstehend) zu überweisen. 7 .

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Urteils an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Neuanmeldung im Sinne der Erwägungen überwiesen. 3 .

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrHartmann

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 11

/56/37 , Urk. 11/56/59-63).

Die Gutachter stellten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0) ; generalisierte Angststörung sehr wahrscheinlich; sonstige negative Kindheitserlebnisse mit Ausgrenzung und Erleben von Verfolgung als Kurdin (ICD-10 Z61.8) ; Verdacht auf zwanghafte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.0 ; richtig Z73.1 , vgl. E. 4.3.7 hernach). Als

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden aufgeführt: Unspezifische Kreuzschmerzen, klinisch im Vordergrund ansatztendinotische Beschwerden an der medialen Beckenkamm rechts (SIPS), mit/bei radiologisch geringgradigen degenerativen Veränderungen mit Chondrosen im Bereich der LWS und flacher breitbasiger Diskushernie LWK 4/5 (Lendenwirbelkörper) sowie Spinalkanalstenose auf dieser Höhe gemäss dem MRT der LWS vom 10. September 2015; klinischer Verdacht auf beginnende degenerative Kniegelenksveränderungen mit/bei Genua vara von 4° beidseits und palpatorisch

Bakerzyste links; muskulärer Dysbalance am Schultergürtel beidseits (Trapezius) und am Beckengürtel beidseits (Knieflexoren); Hallux

valgus beidseits; klinischer Verdacht auf beginnende Grosszehengrundgelenksarthrose rechts; Zeichen einer Schmerzfehlverarbeitung mit 14/18 positiven Fibromyalgie-Druckpunkten und 3/3 positiven Kontrollpunkten, nicht einem rheumatischen Krankheitsbild entsprechend; Probleme in Verbindung mit Ausbildung und Bildung (ICD-10 Z55) bei fehlendem Schulbesuch und Analphabetismus; Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 Z60.3); atypische familiäre Situation (ICD-10 Z60.1) bei in der Türkei lebenden Kindern; Probleme in Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 Z63.0) bei schwierigen Eheumständen mit dem Gatten, der Traumaerfahrungen durch politische Verfolgung durchgemacht hat; arterielle Hypertonie; anamnestisch Epilepsie anfallsfrei (Urk. 11/56/10-11).

Aus allgemeininternistischer Sicht wurde

keine Diagnose mit Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt und keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert (Urk. 11/56/330-31).

Aus rheumatologischer Sicht sei wegen der unspezifischen Kreuzschmerzen körperliche Schwerarbeit nicht sinnvoll, wobei dies der Beschwerdeführerin schon aus konstitutionellen Gründen nicht möglich sei. Auch sollten keine Tätigkeiten mit spezifischer Belastung der Kniegelenke ausgeführt werden, das heisse keine Tätigkeiten auf den Knien oder in Zwangshaltung für die Kniegelenke und auch nicht Tätigkeiten auf Leitern oder Gerüsten oder verbunden mit wiederholtem Treppensteigen. Unter Berücksichtigung dieser Beeinträchtigungen bestehe aus rheumatologischer Sicht aktuell und retrospektiv keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Reinigungsmitarbeiterin. Bei dieser Beurteilung seien Beschwerden im Rahmen der erwähnten Schmerzfehlverarbeitung nicht berücksichtigt (Urk. 11/56/11, Urk. 11/56/13, Urk. 11/56/46-47).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit im Reinigungsdienst und in einer leidensangepassten Tätigkeit während fünf Stunden täglich ohne Verminderung des Rendements arbeitsfähig. Die Arbeit müsste einfache repetitive Tätigkeiten beinhalten ohne Anforderungen an kognitive und/oder intellektuelle Leistungen. Im Haushalt könne aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden (Urk. 11/56/14, Urk. 11/56/79-80). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde zudem ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei mit dem Familiennachzug im Jahr 2010 in die Schweiz gekommen und lebe seither mit ihrem Gatten in einer komplexen Ehe. Die Kinder seien in der Türkei geblieben. Der Gatte habe seit sieben Jahren nicht mehr gearbeitet und sei nach politischer Verfolgung psychisch erkrankt. Er zeige offenbar immer wieder Impulsdurchbrüche. Dieser Umstand habe bei der Beschwerdeführerin in den letzten Jahren zu zunehmender ängstlicher Anspannung geführt mit übermässigen Sorgen.

Sie habe auch funktionelle Störungen entwickelt mit Schluckstörungen und einem Globusgefühl. Sie habe gelegentlich einen hohen Blutdruck. Sie habe Ängste nachts, weil sie bereits 2005 in der Türkei zweimal epileptische Anfälle erlebt habe, die erfolgreich mit Antiepileptika hätten behandelt werden können. In den letzten Jahren sei sie bezüglich Epilepsie symptomfrei gewesen. Aktuell zeige die Beschwerdeführerin Hinweise auf eine nicht vollständig ausgeprägte generalisierte Angststörung mit übermässigen Sorgen und Anspannungen, ängstlicher Selbstbeobachtung um Körpersymptome wie Magen-Darmprobleme, Magenschmerzen, Blähungen, Schluckbeschwerden und unspezifischen Schmerzen, die schwer lokalisiert werden könnten. Sie lebe, was die Sozialkompetenz und die Umsetzung von persönlichen Wünschen anbelange, sicher eine Vita minima; sie müsse auch in der Ehe seit Jahren immer wieder darauf achten, den Mann ja nicht mit zu vielen Worten zu provozieren, was dazu geführt habe, dass sie immer leiser und schweigsamer geworden sei. In der Schweiz habe die Beschwerdeführerin zu 20 bis 30 % bei einer Nachbarin in deren Reinigungsdienst als Reinigungshilfe mitgeholfen. Diese Tätigkeit führe sie immer noch dann aus, wenn sie sich körperlich und psychisch dazu imstande fühle. Es könne nicht geklärt werden, wie häufig sie diese Arbeitseinsätze effektiv tätigen könne. Sie habe wegen unspezifischer Ängste und ihrer Rückzugstendenz ein gewisses Vermeidungsverhalten angenommen, sie könne dies jedoch durchbrechen. So könne sie auch einkaufen gehen. Es bestünden gesichert viele invaliditätsfremde Faktoren, die zusätzlich dazu beitragen, dass sie sich in der Schweiz schlecht integrieren könne, beruflich wenig Perspektiven habe. Sie sei Analphabetin und habe keine Schule besucht; sie könne weder lesen noch schreiben, so dass auch schwerwiegende schulische Defizite vorliegen würden. Auch spreche sie kein Wort Deutsch. Diese Faktoren würden nicht nur bei der beruflichen Integration eine wesentliche Rolle spielen, sondern dürften auch Schwierigkeiten bezüglich Anpassungsleistungen an die komplexen sozialen Umstände und beim adäquaten Umgang mit Ängsten und beeindruckenden Sorgen bereiten. So sei sie in gewisser Weise in einem Teufelskreis gefangen von Ängsten, Selbstbeobachtung, Vermeidungsverhalten und Rückzugstendenzen

(Urk. 11/56/75-76). In der Untersuchung gewinne man klar den Eindruck, dass die schwierige Ehesituation mit den Impulsdurchbrüchen des Gatten aus psychischen Gründen massgeblich an den Sorgen der Beschwerdeführerin, an ihrer Rückzugstendenz und an ihrem verstummten beteiligt sei; ein Umstand der allerdings noch nicht dazu führe, dass sie relevant depressiv wäre. Eine relevante Depressivität liege nicht vor; es könne eine leichte Depressivität ausgemacht werden. Im Vordergrund stehe die generalisierte Angststörung, die wahrscheinlich ihren Ursprung bereits in den Erfahrungen als Kurdin in der Türkei habe, wo sie und ihre Familie politischen Verfolgungen ausgesetzt gewesen sei oder zumindest habe beiwohnen müssen. Die Angststörung sei allerdings nicht schwerst ausgeprägt, sondern wechselhaft zwischen leicht bis mittelgradig, unterschiedlich im Ausmass und im Durchdringungsgrad der Symptomatik im Längsverlauf. Sie könne von ihr auch überwunden werden. Dass sie das Haus nie verlassen würde, habe sie heute (in der gutachterlichen Untersuchung) nicht bestätigt (Urk. 11/56/78).

Sie sei nur leicht vermindert belastbar generell, leicht vermindert stressbelastungsfähig und leicht vermindert konfliktfähig. Sie reagiere mit ängstlichen, angespannten Wahrnehmungen und Körpersensationen im Sinne einer sehr wahrscheinlich vorliegenden generellen Angststörung (Urk. 11/56/77).

Aus polydisziplinärer Sicht hielten die Gutachter schliesslich fest, sie seien nach eingehender Konsensbesprechung zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin im Reinigungsdienst fünf Stunden täglich arbeitsfähig sei. Diese Einschätzung gelte auch retrospektiv, soweit dies aufgrund der Akten beurteilbar sei. Auch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin fünf Stunden täglich arbeitsfähig. Im Haushalt könnten keine wesentlichen Einschränkungen ausgemacht werden. Zur Begründung der Gesamt-Arbeitsfähigkeit und Gesamt-Arbeitsunfähigkeit werde auf die Fachgutachten verwiesen (Urk. 11/56/14). 4.2.3

Damit wurde von den Gutachtern unter Berücksichtigung der durchschnittlichen (vom Bundesamt für Statistik [BFS] erhobenen) wöchentlichen Arbeitszeit

in den letzten Jahren von 41,7 Stunden (vgl. Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Tabelle T 03.02.03.01.04.01, Abschnitt A-S, Total, 2011-2021; abrufbar unter www.bfs.admin.ch/asset/de/22708568)

eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit attestiert ([5 Tg . x 5 h] x

100 :

41.7). 4.34.3.1

Mit dem polydisziplinären Gutachten der B.____

vom 22. Januar 2021 (Urk. 11/56) liegt in medizinischer Hinsicht nunmehr eine umfassende interdisziplinär-fachärztliche Begutachtung vor, welche auf den erforderlichen Untersuchungen beruht und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden, des Verhaltens der Beschwerdeführerin sowie der medizinischen Vorakten erfolgte. Die medizinischen Zusammenhänge wurden sowohl bezüglich der somatischen als auch bezüglich der psychischen Beschwerden nachvollziehbar aufgezeigt und die Beurteilung der medizinischen Situation schlüssig begründet dargelegt. Auch sind die getroffenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Das B.____-Gutachten erfüllt damit in medizinischer Hinsicht alle rechtsprechungs-gemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V

231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 4.3.2

Was die Beschwerdeführerin dagegen vorbringt, führt zu keiner anderen Betrachtungsweise. Namentlich kann der Rüge, dadurch, dass die Gutachter die falschen und tendenziösen Angaben im Auftragsschreiben der Beschwerdegegnerin

an die B.____ vom 1. Oktober 2020 (Urk. 11/50) übernommen hätten, stelle die Neutralität und Unabhängigkeit der Gutachter in Frage und es handle sich um eine Art Gefälligkeitsgutachten (Urk. 7 S. 6), nicht gefolgt werden. Zum einen wird aus den Ausführungen im Auftragsschreiben deutlich, dass die darin gemachten Angaben die Sichtweise der Beschwerdegegnerin aufgrund der damaligen Aktenlage darstellen, für welche - wie vom Gericht angeordnet (Urk. 11/19) - mit dem Gutachten gerade eine neue Entscheidungsgrundlage geschaffen werden sollte. Zum anderen gaben die Gutachter das Schreiben im Gutachten,

wie der Titel «Anlass und Umstände der Begutachtung (im Original übernommen)» schon erklärt, als Ganzes und wörtlich

zu Beginn des Gutachtens wieder (Urk. 11/56/5-7) , ohne bei ihrer Beurteilung darauf abzustellen oder daraus Schlüsse zu ziehen. Allein daraus, dass das A auftragsschreiben der Beschwerdegegnerin im Gutachten aufgeführt wurde, kann nicht geschlossen werden, die Gutachter hätten die darin gemachten Angaben unbesehen in ihre

fachärztliche Beurteilung einfließen lassen. Die Gutachter stützten sich bei ihrer Begutachtung vielmehr auf die eigene Exploration, auf eigene Untersuchungen und sie bezogen sich korrekt direkt auf den Inhalt der medizinischen Vorakten, etwa auf den «IV-Bericht vom 01.04.2020» des Hausarztes (Urk. 11/56/13) ,

und/oder

zitierten in den Fachgutachten die massgeblichen Berichte richtig, etwa den Bericht von Dr. A.____ vom 12. Juni 2020 im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 11/56/58-59).

Auch zogen sie angesichts der im Ergebnis attestierten 40%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/56/13-14) eigene Schlussfolgerungen.

Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die «Auflistung der ärztlichen Zeugnisse» im Auftragschreiben sei falsch (Urk. 7 S. 4), ist zudem unzutreffend. Denn Dr. A.____ hat - wie im Auftragschreiben richtig dargestellt (Urk. 11/50/2) - am 17. Dezember 2019 (Urk. 11/30) und ausserdem in sämtlichen weiteren im Vorbescheidverfahren aktenkundigen Arztzeugnissen (Urk. 11/44, Urk. 11/69) tatsächlich eine Arbeitsunfähigkeit von 70% in der bisherigen Tätigkeit attestiert. Auch Dr. Z.____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit nicht über 70% (Urk. 11/46/3). Die von der Beschwerdeführerin behauptete 80%ige Arbeitsunfähigkeit

oder eine höhere Arbeitsunfähigkeit wurde n dagegen insbesondere bis zur B.____-Begutachtung im Januar 2021 (und abgesehen von dem erst im Beschwerdeverfahren eingereichten Zeugnis von Dr. A.____

vom 25. Juni 2021 mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab Juli 2021; Urk. 5/1) von ärztlicher Seite nicht attestiert.

Was die Beschwerdeführerin weiter gegen das im Auftragschreiben vom 1. Oktober 2020 (Urk. 11/50) zum medizinischen Sachverhalt Festgehaltene ausführt (Urk. 7 S. 4 ff.), ist ebenfalls nicht zielführend. Entscheidend und hier zu beurteilen ist nicht das darin Aufgeführte, sondern sind die Feststellungen und Schlussfolgerungen der Gutachter vor dem Hintergrund der übrigen medizinischen Aktenlage. Denn zur Festlegung der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) ist nicht die Auftragserteilung der Beschwerdegegnerin massgeblich, sondern das Ergebnis der B.____-Begutachtung. Dieses, das Gutachten, und die übrigen medizinischen Akten bilden

im gegenwärtigen Verfahrensstadium den Gegenstand der Beweiswürdigung, wobei das Gutachten wie ausgeführt als ärztliche Entscheidungsgrundlage als beweiskräftig

zu qualifizieren ist. 4.3.3

Die von der Beschwerdeführerin

(Urk. 7 S. 4) sodann als Beleg für somatische Befunde, somatisch bedingte funktionelle Einschränkungen und Behandlungen

erwähnten Berichte der Radiologie der Klinik C.____

zum MRT der LWS vom 10. September 2015 (Urk. 11/33/7) und des Zentrums J.____ vom 2. Oktober 2018 (Urk. 11/33/8) sowie die zwei Berichte von Dr. Z.____ vom 1. und 16. April 2020 (Urk. 11/33/2-5, Urk. 11/46/3) lagen den Gutachtern vor (vgl. «Aktenzusammenfassung», Urk. 11/56/ 84-86). Insbesondere die mittels MRT der LWS erhobenen Befunde wurde im rheumatologischen Teilgutachten zusammen mit den klinischen Befunden berücksichtigt und nachvollziehbar gewürdigt .

Auch die vom Hausarzt Dr. Z.____ erhobenen Befunde wurden fachärztlich schlüssig diskutiert

(Urk. 11/56/45, Urk. 11/56/47-48).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (Urk. 7 S. 9) ist insbesondere die Erklärung im Gutachten zur Diskrepanz der hausärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

aufgrund des Beschwerdeverlaufes nicht «unklar» , sondern wurde nachvollziehbar begründet. Und zwar wurde im Gutachten ausgeführt, dass sich die Diskrepanz der hausärztlichen Einschätzung einer zirka 50%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ab Mitte August 2015 (im Gegensatz zur aus rheumatologisch-gutachterlicher Sicht 0 % Arbeitsunfähigkeit aktuell und retrospektiv) dadurch erkläre, dass der Hausarzt den Beschwerdeverlauf anders beschreibe, als dies die Beschwerdeführerin bei der Anamneseerhebung getan habe. Denn sie habe geschildert, dass sich die Beschwerden durch Massagebehandlungen gebessert hätten und sie deshalb schon seit zwei bis drei Jahren keine Behandlungen mehr verschrieben erhalten habe. Auch die Schmerzmittelreserve müsse sie zeitweise eine ganze Woche nicht einnehmen. Über die vom Hausarzt beschriebenen massiven Exazerbationen mit Immobilität habe die Beschwerdeführerin nicht berichtet. Auch in der klinischen Untersuchung hätten sich Unterschiede gefunden. Der Hausarzt habe in seinem Bericht vom 1. April 2020 (Urk. 11/33-2-5) starke Druckdolenz und einen paravertebralen Muskelhartspannen im Bereich der LWS mit schmerzhafter und deutlich eingeschränkter Beweglichkeit der LWS erwähnt. Dagegen sei aktuell der Finger-Boden-Abstand 0 cm ohne Aufrichteschmerzen und auch die seitliche Beweglichkeit und Reklination seien nur geringgradig sowie ohne Schmerzprovokation eingeschränkt gewesen. Ein segmentaler Befund im Bereich der LWS habe nicht erhoben werden können. Dagegen seien die Hauptschmerzen ausserhalb der LWS am medialen Beckenkamm rechts im Sinne eines weichteilrheumatischen Schmerzes zu lokalisieren. Dies erkläre die verschiedene Gewichtung der Auswirkungen der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/56/13-14, Urk. 11/56/47-48).

Diese gutachterlich-fachärztlichen Erläuterungen sind sachlich fundiert und überzeugen. Dabei wurden insbesondere auch die Schmerzangaben anhand der klinisch und bildgebend erhobenen Befunde überprüft und fachärztlich gewürdigt sowie die Schmerzentwicklung berücksichtigt, was für die beweisrechtlich geforderte Objektivierung der Schmerzangaben in somatischer Hinsicht massgeblich ist. Hinzu kommt, dass sich die Behandlung der Lumbalgie gemäss dem Bericht von Dr. Z.____

vom 21. Juli 2020 erfolglos auf die Gabe von lokalen und systemischen nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) sowie die Durchführung mehrerer physiotherapeutischer Behandlungen, welche wegen nicht Ansprechens abgebrochen worden seien,

beschränkte. Dennoch folgte auf das vom Hausarzt veranlasste MRT der LWS im Jahr 2015 (Urk. 11/33/7) in der hier massgeblichen Zeit ab Dezember 2016 keine spezialärztliche

rheumatologische oder orthopädisch-chirurgische oder stationäre Behandlung. Aus den Berichten von Dr. Z.____ geht denn auch nicht hervor, dass die Exazerbationen mit Immobilität anhielten und in den letzten Jahren mehrfach stattfanden. Von einer Exazerbation sprach er lediglich in der Vergangenheitsform, indem er erklärte,

die Beschwerdeführerin habe eine massive Exazerbation der bereits bekannten Lumbalgie mit beinahe Immobilität gehabt (Urk. 11/33/7). Auch dies spricht für die rheumatologische Erklärung im Gutachten.

Weiter ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin

(Urk. 7 S. 9)

nicht widersprüchlich, dass im Gutachten aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

attestiert wurde (Urk. 11/56/13-14), aber wegen bestimmter funktioneller Beeinträchtigungen bestimmte Tätigkeiten wie körperliche Schwerarbeit und die Knie spezifisch belastende Haltungen als nicht zumutbar beurteilt wurden (Urk. 11/56/11; Urk. 11/56/4 6-48). Das erste bezieht sich auf den Umfang der Arbeitsfähigkeit, das zweite auf das Belastungsprofil der noch zumutbaren Tätigkeiten innerhalb der attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit. Der rheumatologische Gutachter erklärte denn auch ausdrücklich, dass unter Berücksichtigung der oben aufgeführten qualitativen und quantitativen Beeinträchtigungen, eben des Belastungsprofils, aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit

als Reinigungsmitarbeiterin bestehe (Urk. 11/56/13, Urk. 11/56/47). 4.3.4

Ebenfalls nicht gegen den Beweiswert des B.____-Gutachtens spricht der von der Beschwerdeführerin gerügte Umstand, dass die Gutachter keine türkischen Berichte zur Epilepsie und keine fremdanamnesticen Auskünfte vom behandelnden Psychotherapeuten sowie

von Dr. A.____

eingeholt haben. Zur angeblichen Epilepsie hatte die Beschwerdeführerin erklärt, dass sie seit Jahren anfallsfrei sei, dies obschon sie nach ihren Angaben auch keine Medikamente dagegen mehr einnimmt (Urk. 11/56/6 2). Es bestand daher bezüglich des hier interessierenden Zeitraums ab Dezember 2016 kein Anlass für weitere Aufklärung, zumal auch der Hausarzt, bei dem die Beschwerdeführerin seit August 2011 in Behandlung ist (Urk. 11/33/2), keine solche Erkrankung, Behandlung

und keine dadurch bedingte Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufführte (Urk. 11/33/5). Auch Anfragen an den behandelnden Psychotherapeuten und an Dr. A.____ erübrigten sich, nachdem von ihnen aktuelle Berichte eingeholt worden waren. Zudem kommt den Experten bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiterer Ermessensspielraum zu und es ist nicht zwingend notwendig, dass der (psychiatrische) Gutachter

fremdanamnestiche

Angaben einholt oder Zusatzuntersuchungen anordnet (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 mit Hinweisen). 4.3.5

Die Einwände der Beschwerdeführerin

gegen das Gutachten aus psychiatrischer Sicht

vermögen an der Beweiskraft der gutachterlichen Beurteilung ebenfalls nichts zu ändern. Sie rügt insbesondere die gutachterlich-psychiatrische Diagnostik und eine mangelhafte Berücksichtigung der Traumaexpositionen sowie der Traumafolgestörung (Urk. 7 S. 7 ff.).

Dagegen ist einzuwenden, dass im Gesamtgutachten zur Herleitung und Begründung der aktuellen Diagnosen auf die einzelnen Fachgutachten verwiesen wurde (Urk. 11/56/9). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde denn auch nachvollziehbar aufgezeigt, aufgrund welcher Symptome und Überlegungen die im Vordergrund stehende generalisierte Angststörung diagnostiziert wurde, wie dieses Beschwerdebild

mit Ursprung in den Erfahrungen der politischen Verfolgungen in der Türkei und vor dem Hintergrund der komplexen Ehe mit psychischer Erkrankung

des Ehemannes

entstanden ist, welcher Schweregrad ihr aktuell zukommt und welche funktionellen Störungen sowie Einschränkungen sich einstellten (Urk. 11/56/73 -78). Wenn der Gutachter diese Diagnose als «sehr wahrscheinlich» gegeben bezeichnet (Urk. 11/56/73), ist dies entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht zu beanstanden. Denn nach gutachterlicher Feststellung zeigte die Beschwerdeführerin

lediglich Hinweise auf eine nicht vollständig ausgeprägte generalisierte Angststörung mit übermässigen Sorgen und Anspannung, ängstlicher Selbstbeobachtung um Körpersymptome wie Magen-Darmprobleme, Magenschmerzen, Blähungen, Schluckbeschwerden und unspezifische Schmerzen, die schwer lokalisiert werden könnten (Urk. 11/56/75).

Damit wurde den festgestellten Befunden (Urk. 11/56/71-73) und Gegebenheiten Rechnung getragen, zumal die Beschwerdeführerin

gemäss den gutachterlichen Feststellungen klinisch nicht wesentlich ängstlich wirkte (Urk. 11/56/73) und sie das unter anderem wegen unspezifischer Ängste angenommene gewisse Vermeidungsverhalten auch durchbrechen kann (Urk. 11/56/76).

Zur Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode (ICD-10 F33.0), führte der psychiatrische Gutachter aus, eine relevante Depressivität liege nicht vor, aber eine leichte Depressivität könne ausgemacht werden (Urk. 11/56/78). Es trifft zu, dass der Gutachter die einzelnen Diagnosekriterien hierzu nicht diskutierte. Allerdings ergibt sich bereits aus dem erhobenen psychiatrischen Befund (Urk. 11/56/71-73), dass die depressive Symptomatik jedenfalls nicht schwer ist. Denn ausser einer deutlichen Affektarmut, wurden ansonsten eher geringe Symptome festgestellt (nie affektlabil, klinisch nicht wesentlich depressiv, eher nüchtern in ihren Affekten, mässig teilnahmslos, kaum sichtbar traurig, weint nie, nicht übermässig verzweifelt, nur geringgradig beeinträchtigte Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit; Urk. 11/56/73). Im psychophysischen Eindruck und in der Art und Weise, wie die Beschwerdeführerin mit der Dolmetscherin Kontakt aufnahm und Fragen beantwortete, hätten sich keine relevanten, zumindest mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik gezeigt. Sie sei im Antrieb adäquat, vigilant und aufmerksam (Urk. 11/56/71). Die gutachterliche Diagnose weicht von jener der behandelnden Psychiaterin zudem nur leicht ab. Denn diese diagnostiziert eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelschwere depressive Episode (ICD-10 F33.1; Urk. 11/41/1), und entgegen der Behauptung der

Beschwerdeführerin (Urk. 7 S. 7) nicht etwa eine mittelschwere bis schwere. Auch hierzu ist anzumerken, dass dem Bericht der behandelnden Psychiaterin überdies keine Befunde zu einer depressiven Symptomatik zu entnehmen sind. Der Hausarzt sodann führte entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin (Urk. 7 S. 7) keine psychiatrische Diagnose auf. Er erwähnte im Bericht vom 1. April 2020 lediglich, die Beschwerdeführerin habe scheinbar schwere Depressionen und es sei eine massive depressive Symptomatik wie Morgentief, Pessimismus, Angstzustände und Schwindelgefühl gegeben (Urk. 11/33/5). Hiermit lässt sich jedoch die Annahme eines schweren depressiven Geschehens abweichend zur fachärztlichen Beurteilung des Gutachters und der behandelnden Psychiaterin nicht begründen. 4.3.6

Des Weiteren setzte sich der psychiatrische Gutachter auch mit den von der behandelnden Psychiaterin (Urk. 11/41/1) gestellten Diagnosen einer Panikstörung (ICD-10 F41.0) und einer PTBS (ICD-10 F43.1) auseinander und legte überzeugend dar, weshalb diese Diagnosen nicht gestellt werden konnten. So erklärte er, dass Hinweise auf ein Paniksyndrom, welche die Psychiaterin und der Psychotherapeut angenommen hätten, nicht vorliegen würden. Dass die Beschwerdeführerin ängstlich reagieren könne, liege in der Problematik der generalisierten Angststörung begründet. Eine isolierte Panikstörung im Sinne einer episodisch paroxysmalen Angst liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin sei eher grundängstlich und besorgt über längere Zeiträume (Urk. 11/56/77).

Auch mit Blick auf die diagnostischen Leitlinien zu ICD-10 F41.0 ist es stimmig, dass der psychiatrische Gutachter die Diagnose einer Panikstörung verworfen hat. Denn nach den Leitlinien ist diesbezüglich eine eindeutige Diagnose nur bei mehreren schweren vegetativen Angstfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat aufgetreten sind, wobei zwischen den Attacken - abgesehen von Erwartungsangst - weitgehend angstfreie Zeiträume liegen müssen (Dilling, Mombour, Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 197). Angesichts der Schilderungen der Beschwerdeführerin

zu ihren Ängsten (Angst vor jeder Kleinigkeit, insbesondere Krankheiten, Angst in der Nacht wegen des Erlebten und der Epilepsie, innerliche Unruhe und Anspannung wegen der Angst, alles sei zu viel für sie, sie mache sich viele Sorgen; Urk. 11/56/60-63) kann nicht von angstfreien Zeiträumen und mehreren Attacken pro Monat gesprochen werden. Nichts Anderes ist dem Bericht der behandelnden Psychiaterin zu entnehmen, in welchem von nächtlichem Aufschrecken, Albträumen und psychotisch anmutenden Ideen die Rede ist (Urk. 11/41/1).

Für die Diagnose einer PTBS fehlt es gemäss den gutachterlichen Ausführungen insbesondere an Hinweisen auf Flashbacks (Nachhall Erinnerungen) und die Angaben seien

selbst mit der Dolmetscherin wenig präzise geblieben (Urk. 11/56/77). Auch die behandelnde

Psychiaterin nannte in ihrem Bericht vom 12. Juni 2020 keine spezifischen psychopathologischen Befunde zu einer PTBS (Urk. 11/41; vgl. dazu auch hernach E. 4.3.10). Die Annahme einer PTBS wäre daher auch aus beweisrechtlicher Sicht nicht ausreichend gesichert. Insofern greift auch die Rüge der Beschwerdeführerin nicht,

Kriterien für eine PTBS seien weder von den Gutachtern noch vom RAD geprüft worden (Urk. 7 S.

E. 12

). Der RAD-Arzt Dipl. med. K.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, erklärte in seiner Stellungnahme vom 2. August 2021, zum psychiatrischen Teilgutachten zudem, die gestellten Diagnosen würden plausibel erscheinen und anders als durch den Behandler dargestellt, könnten Traumata auch zu anderen psychischen Störungen führen, ohne dass die Kriterien für eine PTBS erfüllt seien (Urk. 11/70/3). Auch dies spricht für die gutachterlichen Schlussfolgerungen.

Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, es seien keine traumaspezifischen Schlüsse aus dem biographiegeschichtlichen Verlauf der Traumaexpositionen gezogen worden (Urk. 7 S. 6), geht in gleicher Weise fehl. Denn die «erlebten traumatischen politischen Ereignisse in der Türkei» (Urk. 11/56/72) wurden vom psychiatrischen Gutachter in die Beurteilung einbezogen, indem er ausführte, selbstverständlich beschäftige sich die Beschwerdeführerin auch damit; sie spreche davon, dass sich diese Gedankengänge bei ihr festsetzen würden. Sie habe allerdings ruhig auch über den Onkel berichten können, als dieser vom Militär ins Feuer geworfen worden sei, und habe beim Erzählen keine emotional affektive Reaktion gezeigt. Sie sei kontrolliert, gefasst, aber wahrscheinlich innerlich effektiv beunruhigt, was man nach aussen schwer wahrnehmen könne (Urk. 11/56/72-73). Den Erfahrungen als Kurdin in der Türkei trug der psychiatrische Gutachter weiter Rechnung, indem er sie ebenfalls im Rahmen der generalisierten Angststörung als wahrscheinlichen Ursprung erkannte (Urk. 11/56/78) und ausserdem unter der Diagnose sonstige negative Kindheitserlebnisse mit Ausgrenzung und Erleben von Verfolgung als Kurdin (ICD-10 Z61.8) einordnete. Dem Einwand der Beschwerdeführerin, dies komme einer Korrektur oder Abschwächung der von den behandelnden Ärzten postulierten Traumafolgestörung gleich (Urk. 7 S. 8), kann angesichts des hiervor und zur PTBS Ausgeführten nicht zugestimmt werden.

Der psychiatrische Gutachter hat ebenso die von der Beschwerdeführerin (Urk. 7 S. 7) angesprochenen Ausbrüche des Ehemannes und den hohen Blutdruck berücksichtigt und deren Bedeutung nachvollziehbar im Rahmen der Angststörung wie folgt dargelegt. Die Impulsdurchbrüche hätten bei der Beschwerdeführerin in den letzten Jahren zu ängstlicher Anspannung geführt mit übermässigen Sorgen. Sie habe auch funktionelle Störungen entwickelt wie Schluckstörungen und ein Globusgefühl sowie einen hohen Blutdruck (Urk. 11/56/75).

Der von der Beschwerdeführerin

geschilderte n Kontrolle der Haustür (Urk. 11/56/60) und der im Bericht von Dr. A.____ vom 12. Juni 2020 fest gehaltene n Angst, das Haus zu verlassen, was sich in der Coronakrise noch verschärft habe (Urk. 11/41/2), ist ebenfalls mit der generalisierten Angststörung sowie ausserdem mit dem Verdacht auf zwanghafte Persönlichkeitszüge (Urk. 11/56/73) hinlänglich Rechnung getragen worden. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde dazu ferner vermerkt, es gebe Hinweise auf gewisse Kontrollzwänge und unspezifische Ängste (Urk. 11/56/72). Dass die Beschwerdeführerin das Haus nie alleine verlassen würde, habe sie anlässlich der Begutachtung nicht bestätigt (Urk. 11/56/78).

Dass mit dem Verdacht auf zwanghafte Persönlichkeitszüge (Urk. 11/56/73) eine Abschwächung der von den behandelnden Ärzten postulierten Traumafolgestörung anzunehmen sei, wie die Beschwerdeführerin

vorbringt (Urk. 7 S. 8), ist ebenfalls nicht

stichhaltig. Denn der Umstand, dass die Beschwerdeführerin

etwa stets die Tür kontrollieren muss, um schlafen zu können (Urk. 11/56/60), weil sie aufgrund traumatischer Erlebnisse und der schwierigen Eheverhältnisse, verstärkt durch die Corona-Pandemie, Ängste entwickelt hat (Urk. 11/56/60-63), ändert nichts daran, dass sich damit aktuell gewisse verfestigte Verhaltensmuster zeigen. Wie die Ängste, welche im Gutachten ausführlich fachärztlich besprochen wurden, entstanden sind, mag für die therapeutische Behandlung massgeblich sein, nicht jedoch für die Beurteilung der hier massgeblichen funktionellen Störungen und Auswirkungen.

Zutreffend ist dagegen der Einwand, dass die im Gutachten bei der Diagnose Verdacht auf zwanghafte Persönlichkeitszüge aufgeführte Codierung ICD-10 Z73.0 (Burnout) offensichtlich falsch ist.

Die

naheliegendste Codierung ICD-10 Z73.1 heisst nicht «zwanghafte Persönlichkeitszüge», sondern «Akzentuierung von Persönlichkeitszügen». Unter ICD-10 Z73.1 wird zudem aufgeführt, es handle sich um ein Verhaltensmuster, das durch zügellosen Ehrgeiz, starkes Erfolgsstreben, Ungeduld, Konkurrenzdenken und Druckgefühl charakterisiert sei (vgl. ICD-10, abrufbar unter

www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche). Dass ein solches Verhaltensmuster bei der Beschwerdeführerin nicht vorliegt, ist naheliegend. Dennoch wird unabhängig von der diagnostischen Einordnung mit der Beschreibung des Gutachters «Verdacht auf zwanghafte Persönlichkeitszüge», welche unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wurde (Urk. 11/56/10), deutlich gemacht, dass die Persönlichkeitszüge

zumindest zwanghaft anmuten und die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können. Da es sich dabei aber ohnehin nur um einen Verdacht bezüglich einer Z-Diagnose handelt, denen rechtsprechungsgemäss als invaliditätsrechtlich nicht erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigungen keine Bedeutung zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_804/2021 vom 1. Juni 2022 E. 4.1.3 mit Hinweis), und da diesbezüglich überdies keine fachärztlich eindeutige und relevante Diagnose gestellt werden konnte, ist die genaue und korrekt benannte diagnostische Einordnung hier ohne Relevanz. Dass im Übrigen eine eigentliche Persönlichkeitsstörung oder eine Zwangsneurose vorliegen würden, wurde denn auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht und auch von der behandelnden Psychiaterin nicht diagnostiziert. 4.3.8

Bezüglich der allein vom behandelnden Psychotherapeuten gestellten Diagnose einer dissoziativen Amnesie (ICD-10 F44; in der Nacht auftretend, Teil der PTBS, Urk. 11/29/1) erklärte der psychiatrische Gutachter, dass keine relevanten Hinweise auf eine dissoziative Symptomatik vorliegen würden. Auch dies begründete er nachvollziehbar, indem er ausführte, dass es mit einer echten dissoziativen Symptomatik nicht vereinbar sei, wenn die Beschwerdeführerin - wie im Bericht von Dr. A. ___ vom 12. Juni 2020 erwähnt (Urk. 11/41/1) - wegen möglicher Anspannung erwache, schreie und dann doch der Tochter

telefonieren könne (Urk. 11/56/77). Weiterungen dazu erübrigen sich, zumal auch die behandelnde Psychiaterin eine solche Diagnose nicht stellte (Urk. 11/41).

Weiter wies der Gutachter zu Recht darauf hin, dass im Bericht (von Dr. A.____ vom 12. Juni 2020; Urk. 11/41/1) zwar erwähnt werde, dass die Beschwerdeführerin durch das massive Rückenleiden und den gestörten Nachtschlaf erheblich eingeschränkt sein solle, nicht jedoch, in welchen Funktionen dies der Fall sein solle (Urk. 11/56/77). 4 .3.9

Schliesslich ist zu beachten, dass die diagnostische Einordnung des Leidens rechtssprechungsgemäss nicht ausschlaggebend ist ; vielmehr ist auf objektiver Beurteilungsgrundlage zu prüfen, ob eine rechtlich relevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit nachzuweisen ist (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 ; vgl. E. 5.3.1 nachstehend). Im Zusammenhang mit abweichenden Einschätzungen ist sowohl dem Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 125 V 351

E.

3b/cc ; vgl. dazu auch E. 4 .3. 10

nachstehend) als auch dem Umstand, dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her unausweichlich Ermessenszüge trägt (BGE

1 37 V

210 E. 3.4.2.3), Rechnung zu tragen (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_804/2018 vom 23. Januar 2019 E.

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