



VERWALTUNGSGERICHT DES KANTONS ZUG

SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHE KAMMER

Mitwirkende Richter: lic. iur. Adrian Willimann, Vorsitz
lic. iur. Jacqueline Iten-Staub und MLaw Ines Stocker
Gerichtsschreiberin: MLaw Miriam Habegger-Schneider

U R T E I L vom 5. Januar 2022
gemäss § 29 der Geschäftsordnung

in Sachen

A. _____
Beschwerdeführerin
vertreten durch RA lic. iur. B. _____

gegen

IV-Stelle Zug, Baarerstrasse 11, Postfach, 6302 Zug
Beschwerdegegnerin

betreffend

Invalidenversicherung
(Leistungen)

S 2020 77

A. Mit dem "Meldeformular für Erwachsene: Früherfassung" wandte sich A. _____, Jahrgang 1973, am 10. Januar 2011 an die Invalidenversicherung (IV; IV-act. 1). Aufgrund der von ihr geltend gemachten, bereits länger dauernden Arbeitsunfähigkeit forderte die IV-Stelle des Kantons Zug (nachfolgend: IV-Stelle) A. _____ dazu auf, eine Anmeldung zum Bezug von Leistungen der IV einzureichen. Dies tat sie trotz mehrfacher Aufforderung nicht, weshalb die IV-Stelle die Früherfassung mit Schreiben vom 6. April 2011 abschloss (IV-act. 5).

Am 27. Juni 2018 meldete sich A. _____, unter Hinweis auf seit 2009 bestehende psychische und somatische Einschränkungen, bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 7). Zuvor war bei der IV-Stelle bereits ein Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 22. Juni 2018 eingegangen (IV-act. 6). Die Versicherung holte zudem verschiedene weitere medizinische Berichte ein, tätigte erwerbliche Abklärungen und legte das Dossier dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Zentralschweiz vor. Mit Vorbescheid vom 19. September 2018 (IV-act. 18) stellte sie der Versicherten schliesslich eine Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht.

A. _____ erhob dagegen Einwand und informierte über die zwischenzeitlich erfolgte Kündigung ihres Arbeitsverhältnisses als Sozialarbeiterin bei der Klinik C. _____ per Ende November 2018 (IV-act. 19). Daraufhin holte die IV-Stelle die Akten der involvierten Krankentaggeldversicherung sowie weitere Berichte der behandelnden Ärzte ein. Schliesslich gab sie, in Absprache mit dem RAD, eine psychiatrische Begutachtung in Auftrag. Gestützt auf das Gutachten von Dr. med. D. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Januar 2020 (IV-act. 52) und eine weitere Stellungnahme des RAD vom 31. Januar 2020 (IV-act. 53) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 26. Mai 2020 einen Anspruch der Versicherten auf Leistungen der IV, da kein für die IV relevanter Gesundheitsschaden vorliege. Eine Invalidität sei weder eingetreten noch drohend (IV-act. 67).

B. Mit Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 29. Juni 2020 liess A. _____ beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr Eingliederungsmassnahmen (Umschulung) und/oder eine angemessene Rente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV-Stelle. In prozessualer Hinsicht liess sie zudem die Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen eines von ihr bestellten medizinischen Gutachtens beantragen (act. 1).

C. Als Reaktion auf die Gerichtskostenverfügung vom 30. Juni 2020 (act. 2) ersuchte A. _____ um unentgeltliche Rechtspflege (act. 3). Mit Verfügung vom 2. Oktober 2020 bewilligte der Vorsitzende der sozialversicherungsrechtlichen Kammer des Verwaltungsgerichts ihr die unentgeltliche Prozessführung und ernannte Rechtsanwalt B. _____, für das Verfahren vor dem Verwaltungsgericht ab dem 4. September 2020 zu ihrem unentgeltlichen Rechtsbeistand (act. 6).

D. In einer auf den Sistierungsantrag beschränkten Vernehmlassung vom 19. Oktober 2020 drückte die IV-Stelle ihr Befremden über diesen aus, ohne jedoch dessen Abweisung zu beantragen (act. 7). Auf Nachfrage des Gerichts liess A. _____ mit Schreiben vom 3. November 2020 erklären, sie halte am Sistierungsantrag nicht fest (act. 9).

E. Die IV-Stelle schloss mit Vernehmlassung vom 25. Januar 2021 auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde (act. 13).

F. Mit Replik vom 6. August 2021 liess A. _____ in Ergänzung der bereits gestellten Rechtsbegehren beantragen, sie sei durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen. Zudem liess sie neue Verlaufsberichte der behandelnden Psychiater sowie einen Austrittsbericht der Klinik E. _____, vom 23. März 2021 einreichen (act. 20).

G. Mit Duplik vom 10. September 2021 hielt die IV-Stelle am Antrag auf vollumfängliche Abweisung der Beschwerde fest (act. 22).

H. Auf die weiteren Ausführungen in den jeweiligen Rechtsschriften wird – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Verwaltungsgericht erwägt:

1. Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (vorliegend: 26. Mai

2020) eingetretenen Sachverhalt ab (vgl. auch BGE 121 V 362 E. 1b). Dabei sind in zeitlicher Hinsicht diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Verwirklichung des zu Rechtsfolgen führenden Sachverhalts in Geltung standen (BGE 130 V 445 E. 1.2.1).

Am 1. Januar 2021 sind die am 21. Juni 2019 verabschiedeten geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. Dementsprechend sieht Art. 82a ATSG vor, dass für im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung vom 21. Juni 2019 beim erstinstanzlichen Gericht hängige Beschwerden das bisherige Recht gilt. Die hier zu beurteilende Beschwerde wurde am 29. Juni 2020 der Post übergeben, weshalb die bis 31. Dezember 2020 gültigen Normen des ATSG auf den vorliegenden Fall Anwendung finden und in dieser Fassung zitiert werden.

2. Das Verwaltungsgericht beurteilt als einzige kantonale Instanz Beschwerden aus dem Bereich der Sozialversicherung (Art. 57 ATSG in Verbindung mit § 77 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes [VRG; BGS 162.1] und § 12 des Einführungsgesetzes zu den Bundesgesetzen über die Alters- und Hinterlassenenversicherung und die Invalidenversicherung [BGS 841.1]). Die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts des Kantons Zug ist vorliegend gestützt auf Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) – Zuständigkeit am Ort der IV-Stelle – gegeben, da die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zug erlassen wurde.

Die Verfügung datiert vom 26. Mai 2020 und ist am 28. Mai 2020 im Herrschaftsbereich der damaligen Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin eingetroffen (vgl. act. 1 S. 2). In Anwendung von Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG ist dagegen direkt Beschwerde beim zuständigen Versicherungsgericht einzureichen. Die Beschwerdeschrift wurde am 29. Juni 2020 der Schweizerischen Post übergeben und ging am 30. Juni 2020 beim Verwaltungsgericht ein. Damit gilt die 30-tägige Frist gemäss Art. 60 Abs. 1 ATSG – unter Berücksichtigung des Wochenendes vom 27./28. Juni 2020 (Art. 38 Abs. 3 ATSG) – als gewahrt.

Die Beschwerdeführerin ist von der angefochtenen Verfügung direkt betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung; sie ist daher zur Beschwerde legitimiert (Art. 59 ATSG). Die Beschwerdeschrift enthält weiter insbesondere einen Antrag und dessen Begründung. Damit ist den formellen Anforderungen Genüge getan, weshalb auf die Beschwerde einzutreten ist.

Die Beurteilung erfolgt auf dem Zirkulationsweg gemäss § 29 der Geschäftsordnung des Verwaltungsgerichtes (GO VG; BGS 162.11).

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

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).

3.2

3.2.1 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinn 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; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2.2 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: BGer 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 144 V 50 E. 4.3; 141 V 281 E. 6).

3.2.3 Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann aber dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418 E. 7.1; 143 V 409 E. 4.5.3). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGer 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

3.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

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).

3.4 Bei erwerbstätigen Versicherten wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades gemäss Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; sog. Einkommensvergleich).

3.5 Gemäss Art. 17 IVG (i.V.m. Art. 8 ATSG) hat die versicherte Person Anspruch auf Umschulung auf eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder verbessert werden kann (Abs. 1).

Der Anspruch setzt voraus, dass die versicherte Person wegen der Art und Schwere des Gesundheitsschadens im bisher ausgeübten Beruf und in den für sie ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 % erleidet, wobei es sich hierbei um einen blossen Richtwert handelt (BGE 130 V 488 E. 4.2; 124 V 108 E. 2a und b mit Hinweisen, BGer 9C_623/2020 vom 8. März 2021 E. 2).

3.6 Im Sozialversicherungsprozess gelten die Grundsätze der Untersuchungspflicht und der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Demgemäss hat der Versicherungsträger bzw. im Beschwerdefall das Gericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen abzuklären, ohne dabei an die Anträge der Parteien gebunden zu sein. Verwaltungsbehörden und Sozialversicherungsgerichte haben zusätzliche Abklärungen stets vorzunehmen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebender Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4.a; 110 V 53 E. 4a am Schluss).

Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (BGer 8C_641/2019 E. 3.3.1 mit Hinweis in: SVR 2020 MV Nr. 3 S. 7). Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem

Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blossе Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2; 138 V 218 E. 6; BGer 8C_288/2021 vom 26. Oktober 2021 E. 3.2.2 je mit Hinweisen)

3.7 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, sind die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2; 132 V 93 E. 4).

Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts oder eines Gutachtens kommt es entscheidend darauf an, ob die betreffenden Angaben für die streitigen Belange umfassend sind, auf allseitigen Untersuchungen beruhen, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigen, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden sind, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchten und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und von Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige – und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C_60/2020 vom 8. April 2020 E. 3.2 und BGer 8C_549/2019 vom 26. November 2019 E. 3.2, mit Hinweis).

4.

4.1 Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Vorliegen eines für die IV relevanten Gesundheitsschadens bei der Beschwerdeführerin sowie deren Anspruch auf Leistungen der IV zu Recht verneint hat. Es stellt sich insbesondere die Frage, ob die medizinische Situation und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin rechtsgenügend abgeklärt wurden.

Die angefochtene Verfügung stützt sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. D. _____ vom 28. Januar 2020 (IV-act. 52). Die Beschwerdeführerin spricht diesem die Beweiskraft ab und hält ihm insbesondere die Einschätzungen der behandelnden Ärzte entgegen.

Zum Gesundheitszustand und zur Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin lässt sich den Akten im Wesentlichen Folgendes entnehmen:

4.2 Im Arztbericht vom 22. Juni 2018 (IV-act. 6) zu Händen der IV hielt die behandelnde Ärztin, Dr. med. F. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Posttraumatische Belastungsstörung, wahrscheinlich bestehend seit der Ermordung der Schwester der Patientin 1989 (ICD-10 F43.1).
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bestehend seit spätestens dem Behandlungsbeginn 2010 (ICD-10 F33.1)
- Ängstlich (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden zudem rheumatische Beschwerden, Kopfschmerzen und Arthritis.

Dr. F. _____ hielt fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 1. November 2010 bei ihr in ambulanter Behandlung. In dieser Zeit sei sie zweimal für mehrere Wochen in stationärer Behandlung in der Klinik E. _____ (nachfolgend: Klinik E. _____) gewesen, nämlich vom 13. Juli 2015 bis 25. August 2015 und vom 22. Januar 2018 bis zum 10. März 2018, dies jeweils um eine Erschöpfungsdepression zu behandeln (vgl. Austrittsberichte Klinik E. _____ vom 28. August 2015 [IV-act. 16 16/20 ff.] und 27. März 2018 [IV-act. 16 16/20 ff.]).

Zum Befund führte Dr. F. _____ an, die Beschwerdeführerin habe aufgrund der gravierenden Mehrfachtraumatisierung in ihrer Jugend immer wieder psychische

Einbrüche erlebt, die schon zweimal zu einem stationären Klinikaufenthalt geführt hätten (wegen Erschöpfungsdepression). Als Folge der Traumatisierungen leide sie seit langem an Schlafstörungen und Depressionen. Von anderen Menschen fühle sie sich isoliert und könne keine enge Bindung eingehen. Die Beziehung zum langjährigen Partner, von dem sie sich im Sommer 2017 endgültig getrennt habe, sei von Krisen, Zerwürfnissen und Trennungsversuchen geprägt gewesen. In ihren Träumen und in unvermittelt auftretenden Erinnerungen werde die Beschwerdeführerin wiederholt mit der Ermordung ihrer ältesten Schwester konfrontiert, ebenso mit dem Verlust ihres jüngeren Bruders, für dessen Tod sie sich schuldig fühle. Die Beschwerdeführerin könne diese Themen kognitiv bearbeiten, ihre psychische, emotionale Verfassung bleibe aber labil. Sie sei in ihrer Bindungs- und Beziehungsfähigkeit eingeschränkt, was mit heftiger Wut, innerer Einsamkeit und Isolation verbunden sei. Abhängigkeit als eine Voraussetzung für emotionale Bindung, vermeide sie, da sie Nähe wegen der erlittenen Traumatisierungen fürchte. Wegen der Affektinstabilität sei die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz besonders gefordert. Sie müsse die Nähe und Distanz immer wieder regulieren. Das benötige Zeit und führe bei einer Arbeitsbelastung von 80 % immer wieder und vermehrt zu Erschöpfungsdepression und Hospitalisation. Die Rekonvaleszenz nach dem letzten Klinikaufenthalt sei zudem durch den Verlust der langjährigen Beziehung im Sommer 2017 sowie den Tod des Vaters im Dezember desselben Jahres, stark belastet gewesen.

Neben Phasen von mehrwöchigen vollen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeiten als Sozialarbeiterin in den Jahren 2011, 2015 und 2016, attestierte Dr. F. _____ der Beschwerdeführerin für das Jahr 2018 vom 8. Januar bis 19. März 2018 eine 100%ige und danach eine stufenweise bis zum 30. April 2018 auf 50 % sinkende Arbeitsunfähigkeit.

Dr. F. _____ prognostizierte, die Beschwerdeführerin sei mit einer Vollbeschäftigung deutlich überfordert, wie die Erfahrung der letzten Jahre gezeigt habe. Die Beschwerdeführerin sei zurzeit 50 % arbeitsunfähig und erwäge einen weiteren Klinikaufenthalt. Die Erschöpfungsdepression hindere sie erneut daran, ihrer Arbeit voll nachzugehen. Sollte sie sich von der gegenwärtigen Erschöpfung erholen, erachte man eine 50 % Tätigkeit im angestammten Beruf als Sozialarbeiterin als zumutbar (IV-act. 6, 4/8). Gegenwärtig arbeite die Beschwerdeführerin 50 % (von 80 %) (IV-act. 6, 5/8). In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit seien ein eingeschränktes Konzentration- und Auffassungsvermögen sowie die eingeschränkte Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit zu beachten (IV-act. 6, 7/8).

4.3 Die IV-Stelle legte die medizinischen Akten dem RAD vor. Doktor med. G._____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, kam in der RAD-Stellungnahme vom 17. September 2018 (IV-act. 17) zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Erwerbstätigkeit bestehe.

Er hielt fest, die von Seiten der ambulanten Psychiaterin diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung sowie die ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung hätten in den zwei stationären Behandlungen 2015 und 2018 in der Klinik E._____ nicht bestätigt werden können. Beide Hospitalisationen seien in Zusammenhang mit beruflichen Überlastungssituationen gestanden. Im Jahr 2017/2018 sei noch eine schwierige ambivalente Trennungssituation vom langjährigen Partner hinzugekommen.

Auch wenn nach zwei depressiven Episoden die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung formal korrekt erscheine, so müsse doch berücksichtigt werden, dass bei beiden Episoden keine leitliniengerechte medikamentöse antidepressive Behandlung erfolgt sei. Dennoch sei die Versicherte aktuell offenbar wieder in einem Pensum von 40 % in der angestammten Tätigkeit tätig. Er sehe keinen zwingenden Grund, weshalb es der Beschwerdeführerin nicht zumutbar wäre, unter Anwendung des auch im Rahmen ihrer umfangreichen Ausbildung und langjährigen Therapie Erlernten bei Klärung der psychosozialen Belastungssituation, schrittweise bis Ende 2018 wieder ihr ursprüngliches Pensum von 80 % zu erreichen.

4.4 Die Anstellung als Sozialarbeiterin bei der Klinik C._____ wurde der Beschwerdeführerin aufgrund der langandauernden Abwesenheit wegen Arbeitsunfähigkeit per 30. November 2018 gekündigt (Schreiben Klinik C._____ vom 21. August 2018 [IV-act. 19]).

4.5 Ab 5. November 2018 bis 31. Januar 2019 attestierte Dr. F._____ der Beschwerdeführerin erneut eine durchgehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Arztzeugnisse Dr. F._____ vom 1. November 2018 [IV-act. 28 161/193] und vom 19. November 2018 [IV-act. 28 167/193]).

4.6 In einem Arztbericht vom 10. Dezember 2018 zu Händen der Taggeldversicherung stellte Dr. F._____ dieselben Diagnosen wie im Arztbericht vom 22. Juni 2018. Sie prognostizierte, die Beschwerdeführerin sei in ihrer bisherigen Tätigkeit als

Sozialarbeiterin künftig höchstens in einem 50 % Pensum arbeitsfähig (IV-act. 28 175/193 f.). Wie hoch die Arbeitsfähigkeit in einer anderen, zumutbaren Tätigkeit sein könnte, könne sie nicht beurteilen. Die bestehende Depression und die damit verbundene Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit sowie anderer Ich-Funktionen der Beschwerdeführerin würden eine der genannten Tätigkeiten vorerst nicht zu lassen. Körperlich anstrengende Tätigkeiten werde sie zudem kaum bewältigen können, da verschiedene somatische Beschwerden wie Rheuma (morbus bechterew) und Arthritis sie beeinträchtigen würden.

4.7 Ab dem 12. Februar 2019 wurde die Beschwerdeführerin zusätzlich ambulant bei der H. _____ behandelt. In Bericht vom 5. April 2019 (IV-act. 33 3/6) hielt Dr. med. I. _____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen fest:

- Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1),
- Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (vordiagnostiziert; ICD-10 F33.1)
- Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung (vordiagnostiziert; ICD-10 F60.1).

Die Arbeitsfähigkeit werde von der ersten und zweiten Diagnose beeinflusst. Inwieweit auch die dritte Diagnose einen Einfluss habe, könne zurzeit nicht gesagt werden.

Dr. I. _____ äusserte, die Therapie beim H. _____ beschränke sich auf eine eng fokussierte Traumabearbeitung. In Bezug auf ihren bisherigen Beruf erscheine die Beschwerdeführerin aufgrund einer längeren depressiven Stimmungslage und spontan einschliessender Bilder schlimmer Ereignisse aktuell 100 % arbeitsunfähig. Die genannten Symptome führten zu einer erheblichen Unkonzentriertheit und damit zu einer erhöhten Fehlerwahrscheinlichkeit in jeglichem Arbeitsprozess. Über die körperlichen Einschränkungen wegen des Morbus Bechterew könne hingegen keine Aussage gemacht werden. Zurzeit erscheine jedoch keine denkbare Arbeitstätigkeit als zumutbar.

4.8 Am 8. Juli 2019 erfolgte eine zweite versicherungspsychiatrische Aktenbeurteilung durch den RAD. Doktor J. _____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie hielt fest, im Gegensatz zur Ausgangslage im Zeitpunkt der letzten Stellungnahme vom 17. September 2018 zeichne sich gegenwärtig ein anderes Bild. Die Versicherte sei ab Januar 2018 psychisch soweit dekompenziert, als dass eine seither durchgängige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Seit Mitte 2018 habe sich das psychische Störungsbild verschlechtert unter anderem auch vor dem Hintergrund, dass die Versicherte ihren Arbeitsplatz verloren habe.

Die neu vorgebrachten Schlafstörungen hätten nicht als somatisch begründet objektiviert werden können und seien daher als Ausdruck der psychischen Beeinträchtigung zu sehen. Diagnostisch könne weiterhin von einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) und einer ängstlich (vermeidenden) Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) ausgegangen werden.

Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit erachtete Dr. J. _____ als nachvollziehbar. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit bestehe hingegen noch Abklärungsbedarf (IV-act. 35).

4.9 Im Bericht der Klinik K. _____ vom 19. Juli 2018 stellte Dr. med. L. _____, Facharzt für Somnologie und Pneumologie, die Diagnose einer Insomnie (Ein- sowie Durchschlafstörung) sowie einer posttraumatischen Belastungsstörung. Im Bericht vom 9. August 2018 folgte eine Therapieempfehlung (IV-act. 34).

4.10 Mit Bericht vom 6. August 2019 hielt Dr. I. _____ (H. _____) an den bisher gestellten Diagnosen fest. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit könne bis auf weiteres keine günstige Prognose gestellt werden. Es zeichne sich bei der Beschwerdeführerin noch keine Reduktion der phobisch anmutenden Angst vor Überforderung durch an sie gestellte Ansprüche ab. Andere Symptome ihrer psychischen Störung seien ebenfalls noch nicht (teil-)remittiert. Somit sei nicht absehbar, wann die Beschwerdeführerin in der Lage sei, wieder an die bisherige Arbeitsfähigkeit anzuknüpfen. In Bezug auf die Funktionseinschränkungen und ihre Auswirkungen auf die bisherige Tätigkeit subsumiert Dr. I. _____, vor dem Hintergrund der bestehenden Symptomatik sei nicht vorstellbar, dass die Beschwerdeführerin sich selbst auf einer rein sachlichen Ebene auf Menschen mit Schwierigkeiten einlassen und sich auch adäquat abgrenzen könne (IV-act. 36).

Befragt zum Potenzial für eine Eingliederung gab Dr. I. _____ an, die bisherige Tätigkeit sei zurzeit nicht zumutbar. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin – bei erfolgreicher Therapie – ab Sommer 2020 eingegliedert werden, in einem Umfang von rund 50 %. Bis dahin sei die Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie allerdings zwingend (IV-act. 36).

4.11 In einem weiteren Verlaufsbericht vom 13. November 2019 schilderte Dr. I. _____ eine positive Entwicklung, vor deren Hintergrund ab ca. März 2020 von einer

Arbeitsfähigkeit von 20 % ausgegangen werde. Er meinte, ein Belastbarkeitstraining durch die SVA Zug per Anfang April 2020 wäre begrüssenswert (IV-act. 49).

5.

5.1 Am 28. Januar 2020 erstattete Dr. D. _____, ein psychiatrisches Gutachten (IV-act. 52).

In seiner Beurteilung schloss Dr. D. _____ das Vorliegen einer eingeschränkten intellektuellen Leistungsfähigkeit aus. Ebenso verneint er aufgrund seiner Beobachtungen Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (IV-act. 52 27/43).

Weil die Explorandin bis zum Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung 2018 trotz der angegebenen (sexuellen) Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend ein Fachhochschulstudium absolvierte, in mehrjährigen Anstellungsverhältnissen erfolgreich als Sozialarbeiterin tätig gewesen sei und dabei bis zum Jahr 2010 offenbar keinerlei krankheitswertige Verhaltensauffälligkeiten gezeigt habe, die durch objektive fachärztlich-psychiatrische Befundberichte abgebildet worden wären, erachtete Dr. D. _____ auch das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung (Kapitel F6 der ICD-10) sowie einer seit der Einreise in die Schweiz bestehenden Traumafolgestörung (Kapitel F4 der ICD-10) als sehr unwahrscheinlich. Gegen jedwede leistungseinschränkende IV-relevante psychische Störung mit überdauerndem Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit würden bereits die Inhalte in den Arbeitszeugnissen der Versicherten sprechen (IV-act. 52 27/43). Die Beschwerdeführerin sei trotz der von ihr angegebenen Traumatisierungen mehrere Jahre in der Lage gewesen, in einem Vollpensum beruflich tätig zu sein, was eine vor dem Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung vorliegende IV-relevante psychische Gesundheitsstörung mit überdauerndem Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit sehr unwahrscheinlich mache (IV-act. 52 28/43). Weiter führte er aus, in jedem Arbeitszeugnis werde vor dem Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung vom Jahr 2018 unauffällige emotionale und soziale Kompetenz abgebildet. Erst nach der Trennung vom langjährigen Freund, dem Tod des Vaters und beruflicher Überlastung seien zunehmend flankierende psychische Symptome beschrieben und unter psychiatrische Diagnosen – ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6), posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43. 1) und (wiederkehrenden) depressive Episoden (Kapitel F3 der ICD-10) – subsumiert worden. Insofern sei eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands zeitlich sehr eng mit psychosozialen Belastungssituationen

verknüpft gewesen, wie der RAD Zentralschweiz in seiner Stellungnahme vom 17. September 2018 richtig beurteilt habe (IV-act. 52 29/43).

5.2

5.2.1 Dr. D. _____ hielt fest, die Prüfung des Indikators Persönlichkeit ergebe aus rein versicherungsmedizinisch-psychiatrischer Sicht, dass ausserhalb von Episoden einer passageren psychischen Mitreaktion aufgrund der erwähnten psychosozialen Belastungssituationen (Trennung vom langjährigen Freund, Tod des Vaters und beruflicher Überlastung) die Lebensgeschichte trotz der angegebenen Traumatisierungen im Herkunftsland M. _____, bis zum Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung weitgehend unauffällig verlaufen sei, so dass bereits die ICD-10 Eingangskriterien zur Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht festzustellen seien. Gerade, dass die Versicherte mit ihrer Tätigkeit am Zentrum für Folter- und Kriegsoffer höchste emotionale und soziale Kompetenzen nachgewiesen habe und sie flexibel und teamfähig sei, spreche gegen eine leistungseinschränkende, relevante Persönlichkeitsproblematik, da sich diese seit der Jugendzeit durch Störungen im Sozialverhalten in zahlreichen Lebensbereichen gezeigt haben müsste. Dies sei hier nur sehr unwahrscheinlich der Fall (IV-act. 52 29/43). Weiter führte er aus, die Beschwerdeführerin weise eine Beziehungsfähigkeit und -konstanz nach, die bei manifest persönlichkeitsgestörten bzw. persönlichkeitsveränderten Versicherten so nicht zu erwarten wären. Es hätten sich weder eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, ein sozialer Rückzug noch Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit feststellen lassen. Ein Entfremdungserleben und Bedrohungsgefühl lägen bei der Beschwerdeführerin ebenso nicht vor. Auch aus diesen Gründen seien bereits die ICD-10- (Eingangs-)Kriterien, um von einer spezifischen Persönlichkeitsstörung bzw. andauernden Persönlichkeitsänderungen sprechen zu können, nicht erfüllt (IV-act. 52 29/43 f.).

5.2.2 Weiter prüfte Dr. D. _____ die Objektivierung einer etwaigen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1/DSM-5 F43.10) nach den Diagnosekriterien des DSM-5. Er diskutierte jedes Kriterium und erachtete das Kriterium A "direkt erlebtes Trauma", als vermutlich erfüllt sowie das Kriterium H "Störungsbild ist nicht auf die psychologische Wirkung einer psychotropen Substanz zurückzuführen" als erfüllt. Bei den übrigen Kriterien B bis G war er hingegen der Auffassung, sie seien nicht erfüllt. In einer Gesamtschau lasse sich damit im gutachterlichen Zeitpunkt vom 15. Januar 2020 die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (DSM-5 F43.10) nicht stellen (IV-act. 52 30/43 f.).

5.2.3 Der Gutachter äusserte sich auch zu allfälligen depressiven Erkrankungen. Betrachte man das Stimmungsbild während der gutachterlichen Untersuchung, habe die Beschwerdeführerin neben fehlenden formalen Denkstörungen und fehlender Agitiertheit auch keine psychomotorische Unruhe präsentiert. Ferner sei weder ein überdauernder depressiver Affekt festzustellen gewesen, noch seien Versagensgefühle, Freudverlust, Schuld-, Bestrafungsgefühle, Selbstmordgedanken und Reizbarkeit bei ihr deutlich geworden. Die passagere – nicht auf traumatische Inhalte eingeschränkte — Affektlabilität habe nur einige Sekunden gedauert und sei bei einem Themenwechsel rasch zu unterbrechen gewesen. Zur Einordnung einer etwaigen depressiven Erkrankung seien bereits die Kombination von mindestens zwei ICD-10-Hauptsymptom-Clustern (depressive Stimmung, Freud-, Interessenlosigkeit, Antriebslosigkeit) nicht festzustellen bzw. nicht zu plausibilisieren gewesen. In Verbindung mit unauffälliger emotionaler Reagibilität und fehlendem Verlust der Wachheit während der Untersuchung, sei damit keine depressive Störung gemäss ICD-10 Klassifikation (Kapitel F3) zu diagnostizieren (IV-act. 52 32/41 f.). Zum gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt sei auch nicht festzustellen gewesen, dass die Versicherte stark und überdauernd angespannt wirke. Ebenso wenig hätten ein ausgeprägter krankheitsbedingter sozialer Rückzug oder weitere Merkmale einer entsprechenden Krankheit (Selbstwertverlust, Affektstörung etc.) plausibilisiert werden können (IV-act. 52 33/41)

5.3 Weiter wies Dr. D. _____ auf Inkonsistenzen und Widersprüche hin. Solche erkannte er unter anderem zwischen dem derzeitigen soziale Funktionsniveau der Beschwerdeführerin, das als weitgehend unauffällig geschildert werde (u.a. Autofahren, Haushaltführung, Treffen von Kolleginnen, Wandern in den Bergen, Schwimmkurs), und dem Vorliegen einer höhergradigen leistungseinschränkenden IV-relevanten psychischen Gesundheitsstörung. So äussere sie beispielsweise psychopathologische Symptome bei weitgehend unauffälligem sozialem Funktionsniveau. Weiter wäre bei einer posttraumatischen Belastungsstörung ein Vermeidungsverhalten, sich Situationen und Orten auszusetzen, die an traumatische Ereignisse erinnern, typisch. Ein solches sei bei der Beschwerdeführerin jedoch nicht zu belegen, so sei sie im Jahr 2017 in die M. _____ gereist und sei jahrelang beruflich erfolgreich am Zentrum für Folter- und Kriegsoffer tätig gewesen. Sie zeige damit kein störungstypisches Vermeidungsverhalten, obgleich sie seit der Einreise in die Schweiz unter Traumatisierungen gelitten haben soll. Der objektiv unauffällige klinische Untersuchungsbefund vom 15. Januar 2020 und die nicht authentischen Angaben der Beschwerdeführerin in der Beschwerdevalidierung nach

Self-Report Symptom Inventory (SRSI) sprächen zudem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gegen die Authentizität der von der Versicherten geltend gemachten psychischen Beschwerden. Auch sei eine medikamentöse Behandlung bis dato nicht konsequent durchgeführt worden, was wesentlich gegen einen erhöhten Leidensdruck spreche (IV-act. 52 33/43 f.). Zudem seien frühere Behandlungen immer wieder durch Unterbrüche gekennzeichnet gewesen und zeitlich eng korreliert zu psychosozialen Belastungsfaktoren (Tod des Vaters, Trennung vom Lebenspartner, berufliche Überlastung, Abhängigkeit von Krankentaggeldzahlungen) in Anspruch genommen worden (IV-act. 52 34/43).

5.4 In seinem Fazit führte Dr. D. _____ aus, aus rein versicherungsmedizinischer psychiatrischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin keine IV-relevante psychiatrische Gesundheitsstörung plausibilisiert bzw. objektiviert werden, die die berufliche Leistungsfähigkeit überdauernd höhergradig und relevant einschränken würde. Die Arbeitsunfähigkeiten könnten nicht überwiegend wahrscheinlich mit IV-relevanten Gesundheitsstörungen aus dem psychiatrischen Fachgebiet erklärt werden. Die psychischen Einschränkungen, die in den Befundberichten in den Akten festgehalten würden, könnten ferner nicht losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren (Trennung vom langjährigen Lebenspartner, Paarkonflikte, berufliche Überlastung, Tod des Vaters, Abhängigkeit von Krankentaggeldzahlungen) beurteilt werden. Eine Einschränkung der beruflichen Leistungsfähigkeit aufgrund einer überdauernden IV-relevanten psychischen Erkrankung sei seit dem Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung bei der Versicherten nicht überwiegend wahrscheinlich. Im Hinblick auf die Konsistenz und Plausibilität seien keine gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen durch eine IV-relevante psychische Gesundheitsstörung zu beurteilen. Eine Behandlung mit spezifischen Arzneimitteln sei nicht zu objektivieren gewesen. Des Weiteren erachtete er die geklagten Symptome und Funktionsstörungen in einer Gesamtschau als nicht konsistent und nicht plausibel. Letztlich seien im Untersuchungszeitpunkt vom 15. Januar 2020 objektiv, mit dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, keine psychopathologischen Befunde zu erheben gewesen, die das Diagnostizieren einer psychiatrischen Gesundheitsstörung nach den ICD-10 bzw. DSM-5 Kriterien gestattet hätten. Eine funktionelle Leistungsprüfung sei daher entfallen (IV-act. 52 38/43 f., vgl. auch 27/43).

Dr. D. _____ ging von einer vollschichtigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in den bisherigen Tätigkeitsprofilen als auch in jedweder bildungsangepassten

Verweistätigkeit aus. Zudem hielt er fest, die attestierten (Teil-)Arbeitsunfähigkeiten könnten nicht überwiegend wahrscheinlich mit einer IV-relevanten Gesundheitsstörung aus dem psychiatrischen Fachgebiet (nach ICD-10/DSM-5) erklärt werden (IV-act. 52 35/42).

6. RAD-Arzt Dr. J. _____ hielt in der Folge fest, das Gutachten von Dr. D. _____ entspreche den gängigen Qualitätsleitlinien und sprach sich auch sonst für dessen Beweistauglichkeit aus. Damit sei darauf abzustellen, dass gutachterlich kein IV-relevanter Gesundheitsschaden objektiviert werden könne (IV-act. 53). Daran hielt er auch in seiner späteren Stellungnahme zur in der Verwaltungsgerichtsbeschwerde (act. 1) und der damit eingereichten "Entgegnung IV-Gutachten" des H. _____ (Bf-act. 5) geäußerten Kritik fest.

7. Das psychiatrische Gutachten vom 28. Januar 2020 enthält eine Zusammenstellung der medizinischen und beruflichen Akten, die von der Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung gemachten subjektiven Angaben sowie die von Dr. D. _____ erhobenen objektiven Befunde (Verhalten in der Untersuchungssituation, Psychostatus und der psychiatrischen Untersuchung, Laborergebnissen und Beschwerdevalidierung mit SRSI). Es handelt sich beim Gutachter zudem um einen ausgewiesenen Facharzt der Psychiatrie, er diskutiert die erhobenen Befunde sowie die massgebenden Diagnosen und setzt sich – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – eingehend mit den medizinischen Vorakten, insbesondere mit den von seiner Beurteilung abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinander (u.a. IV-act. 52 35/43 f.). Insbesondere bezüglich der Befunde und Diagnosen der behandelnden Psychiaterin Dr. F. _____ vom 22. Juni 2018 nahm er ausführlich Stellung, weshalb er die gestellten Diagnosen nicht bestätigen könne (IV-act. 52 35/43 f., vgl. vorne E. 3.7). Weiter wies er zu Recht auf den unterschiedlichen Auftrag von Gutachter und Therapeut hin (IV-act. 52 30/43). Seine Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ist eingehend begründet und nachvollziehbar. Es wird insbesondere deutlich, dass bei der Versicherten die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-5 (ICD-10 F43.1/DSM-5 F43.10) nicht erfüllt sind, keine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.6) vorliegt und auch keine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.1), die sich invalidisierend auswirkt. Insgesamt bestehen keine Anhaltspunkte, dass die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung als wichtigste Grundlage gutachterlicher Feststellungen und Schlussfolgerungen nicht lege artis erfolgt wäre (BGer 9C_410/2016 vom 4. August 2016 E. 2.2.1). Konkrete Indizien, die gegen die

Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, liegen keine vor. Folglich genügt das Gutachten sowohl in formeller Hinsicht als auch inhaltlich den bundesgerichtlichen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage und es hat vollen Beweiswert (vgl. vorne E. 3.7). Daran ändert auch die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachte Kritik nichts, insbesondere vermag sie keine Zweifel an der Schlüssigkeit des Gutachtens zu wecken, was nachfolgend zu zeigen ist.

8.

8.1 Die Beschwerdeführerin kritisiert, die gutachterliche Anamnese und Befunderhebung in verschiedener Hinsicht. Sie erachtet das Explorationsgespräch als sehr kurz für die zur Diskussion stehende Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Gutachter habe von Beginn weg Druck auf sie ausgeübt, ihr unter anderem nicht die Gelegenheit gegeben, ihre Situation frei darzustellen, sondern gleich mit einem strukturierten Interview begonnen und sie immer wieder dazu aufgefordert, in ihren Schilderungen knapp zu bleiben. Auch habe er Aussagen protokolliert, die sie nicht gemacht habe. Er habe sich in erster Linie darauf konzentriert, ihr Inkonsistenz und Widersprüchlichkeit nachzuweisen und sich ihr gegenüber feindselig verhalten.

Soweit die Beschwerdeführerin das Explorationsgespräch als zu kurz erachtet, hat sie bereits selbst eingeräumt, dass dies nicht erheblich ist. So kommt es praxisgemäss nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an, massgebend ist vielmehr, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Immerhin muss der für die psychiatrische Untersuchung gebotene zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Das Bundesgericht hat teilweise zwanzigminütige Explorationsgespräche als ausreichend für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens erachtet; daher erscheint die vorliegende Gesprächsdauer von 80 Minuten nicht per se als unangemessen kurz (vgl. BGer 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 mit Hinweisen). Die Kritik am Verhalten des Gutachters ist vorliegend zudem nicht glaubhaft, insbesondere da sie erst nach Ergehen der ablehnenden Verfügung geäussert wurde und nicht bei erster Gelegenheit (vgl. BGer 9C_410/2016 vom 4. August 2016 E. 2.2.2). Es ist den Akten kein Hinweis zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin vorgängig bei der IV-Stelle in irgendeiner Art über die Vorgehensweise von Dr. D._____ anlässlich der Begutachtung beschwert hätte. Vielmehr reichte die Vertreterin der Beschwerdeführerin, trotz Gelegenheit im Verwaltungsverfahren und (mehrfach) verlängerter Frist keine Stellungnahme zum Gutachten ein (u.a. IV-act. 61). Auch aus der "Entgegnung zum Gutachten" von Dr.

I. _____ der H. _____ vom 18. März 2020 (Bf-act. 5) geht keine Kritik an der Vorgehensweise des Gutachters hervor. Letztlich finden sich auch im Gutachten selbst keine Hinweise, dass Dr. D. _____ unsachgemäss und im Widerspruch zu den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (Qualitätsleitlinien SGPP, abrufbar unter www.sgvp.ch/leitlinien, zuletzt besucht am 22. November 2021) vorgegangen wäre. In Zusammenhang mit der Einhaltung der Qualitätsleitlinien SGPP ist zudem darauf hinzuweisen, dass ihnen laut bundesgerichtlicher Rechtsprechung lediglich ergänzender Charakter zukommt und ein Gutachten selbst bei Nichtbeachtung der Leitlinie nicht automatisch seine Beweiskraft verliert (vgl. BGer 8C_778/2018 vom 20. März 2019 E. 8.1.2; BGer 8C_55/2018 vom 30. Mai 2018 E. 6.4.1).

8.2 Auch, dass der Gutachter seiner Beurteilung neben der Anamnese, den Beschwerdeschilderungen und den erhobenen objektiven Befunden, die Resultate des durchgeführten Beschwerdvalidierungstests SRSI zu Grunde legt, schmälert den Beweiswert der Expertise nicht. In den Qualitätsleitlinien SGPP ist ausdrücklich vermerkt, der Einsatz von Testverfahren zur Prüfung der Authentizität von Beschwerden, Symptomen und Leistungspräsentation könne sinnvoll sein. Die Anwendung setze jedoch eine diesbezügliche Kompetenz voraus (Qualitätsleitlinien SGPP, S. 20). Vorliegend ist ohne weiteres davon auszugehen, dass Dr. D. _____, als Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie und als erfahrener Gutachter, über diese Kompetenz verfügt und folglich in der Lage ist, die Testergebnisse korrekt auszuwerten und sachgemäss zu interpretieren. Zu bemängeln ist allerdings, dass dem vorliegenden Gutachten keinerlei Unterlagen zum durchgeführten Test (z.B. Fragebogen, Auswertungsbogen) beiliegen, die es zuliessen, das Testresultat nachzuvollziehen. Zudem ist darauf hinzuweisen, dass es sich beim SRSI um einen relativ neuen Test handelt, der erst seit 2019 in einer deutschen Version zur Verfügung steht (vgl. Homepage Hogrefe Verlag, <https://www.testzentrale.de/shop/self-report-symptom-inventory-deutsche-version-89304.html>; zuletzt besucht am 22. November 2021). Aus den Angaben des Hogrefe Verlags ergibt sich, dass beim SRSI-Test fünf Bereiche potenziell genuiner psychischer Beschwerden (kognitive, depressive, Schmerz-, unspezifische somatische und Angstbeschwerden) fünf Bereiche von Pseudobeschwerden (kognitive, motorische, sensorische, Schmerz- und psychische Pseudobeschwerden) an die Seite gestellt werden (vgl. die bereits zitierte Homepage), was mit anderen Worten bedeutet, dass der SRSI-Test genuine Beschwerden im Zusammenhang mit Persönlichkeitsstörungen nicht erfasst. Vor dem Hintergrund, dass in den medizinischen Vorakten von verschiedenen Fachleuten

auch eine mögliche Persönlichkeitsstörung postuliert wird, ist unsicher, ob der SRSI-Test vorliegend überhaupt ein geeignetes Instrument zur Beschwerdevalidierung darstellt. Hinzu kommt, dass laut Fachliteratur bezogen auf Symptomvalidierungstests im Bereich Spezifität (d.h. hinsichtlich der Genauigkeit von Testverfahren, authentische Exploranden zu identifizieren, vgl. Huber, Die Stellung der Neuropsychologie im Rahmen der polydisziplinären medizinischen Begutachtung, in: HAVE 2019 S. 203) im deutschen Sprachraum ein Entwicklungsbedarf besteht (vgl. Keppler et al., Beschwerdevalidierung in der versicherungsmedizinischen Begutachtung, in: Fortschr Neurol Psychiatr 2017; 85: S. 17 ff., Thieme Verlag, abrufbar auf dem Internet, S. 29). Eine gewisse Skepsis gegenüber der Testung ist daher angebracht. Wie bereits erwähnt, stützt Dr. D. _____ seine Beurteilung allerdings nicht allein auf das Ergebnis des SRSI, sondern im Wesentlichen auf die von ihm erhobenen biografischen Informationen sowie die Befunde und den durch Verhaltensbeobachtung klinisch gewonnenen Eindruck. Seine Beurteilung erscheint zudem, auch wenn man dem Beschwerdevalidierungstest kaum Gewicht beimisst, als schlüssig. Als Mosaikstein der Begutachtung erachtet auch das Bundesgericht Beschwerdevalidierungstests durchaus als hilfreich bei einer Begutachtung (BGer 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3). Von einem Beizug des Testmanuals, wie er von der Beschwerdeführerin beantragte wird, sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann (antizipierte Beweiswürdigung, vgl. BGE 134 I 148 E. 5.3; 122 V 157 E. 1d je mit Hinweisen).

8.3

8.3.1 Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, der Gutachter Dr. D. _____ habe seine Einschätzung nicht in Kenntnis sämtlicher Vorakten abgegeben, da die Asylakten nicht eingeholt worden waren. Sie führt aus, ein Gutachten, welches nicht auf den vollständigen Akten beruhe, weil die Asylakten nicht beigezogen worden seien, und gleichzeitig die Schilderungen der Beschwerdeführerin für inkonsistent erkläre sowie das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung verneine, verliere an Beweiskraft. Hätten dem Gutachter die Asylakten vorgelegen, so wäre dieser hinsichtlich der Traumatisierung zu einem anderen Ergebnis gekommen, zumal das traumatisierende Ereignis in der Untersuchungshaft nicht als "neues Narrativ" und "behauptetes Ereignis" hätte bezeichnet werden dürfen. Der Gutachter hätte die Ereignisse in der Untersuchungshaft objektivieren und der Beschwerdeführerin diesbezüglich keinen Vorwurf einer Inkonsistenz machen können.

Die IV-Stelle hält dem entgegen, es treffe zu, dass Dr. D. _____ die Asylakten nicht vorgelegen hätten. Doch selbst wenn sie ihm zur Verfügung gestanden hätten, wäre er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu den gleichen Schlussfolgerungen gekommen. So habe Dr. D. _____ nicht bestritten, dass die Beschwerdeführerin bis zu ihrer Einreise in die Schweiz verschiedene Traumata erlebt habe. Er habe auch das Kriterium "direktes Trauma-Erleben", welches für die Diagnosestellung einer posttraumatischen Belastungsstörung erfüllt sein muss, als "vermutlich erfüllt" erachtet, hingegen andere Kriterien mit ausführlicher und nachvollziehbarer Begründung abgelehnt.

8.3.2 Ein Blick in das Gutachten zeigt, dass Dr. D. _____ gestützt auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin und die vorhandenen medizinischen Akten das Vorliegen verschiedener traumatischer Erfahrungen vor Einreise in die Schweiz nicht per se verneint. So betrachtet er im Rahmen der Abhandlung der Diagnosekriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-5 das Kriterium A "direktes Trauma Erleben" als vermutlich erfüllt. Die Relativierung erklärt er damit, dass eine Objektivierung der traumatisierenden Vorgänge z.B. durch Migrationsakten fehle und er gewisse Zweifel an der Validität der Beschwerdeschilderungen hege (IV-act. 52 30/43). Da Dr. D. _____ das Kriterium A jedoch grundsätzlich als erfüllt wertete, hätte ein Einblick in die Asylakten zwar allenfalls zur Objektivierung eines der vorgebrachten Traumata geführt, sich aber nicht auf das Verhältnis von erfüllten und nicht erfüllten Diagnosekriterien ausgewirkt. Beim "direkten Trauma Erleben" handelt es sich nämlich nur um eines von acht Diagnosekriterien nach DSM-5 für eine posttraumatische Belastungsstörung, wenn auch um ein zentrales.

8.3.3 Entscheidend hinsichtlich der Verneinung einer posttraumatischen Belastungsstörung ist vorliegend, dass der Gutachter die Mehrheit der übrigen Kriterien nach DSM-5 als nicht erfüllt beurteilte. So unter anderem Kriterium B "dissoziative Reaktionen, intensive anhaltende psychische Belastung bei Konfrontation mit inneren/äusseren Hinweisreizen, mindestens ein Symptom". Er hält dazu fest, die Beschwerdeführerin habe bei Konfrontation mit Hinweisreizen am 15. Januar 2020 jeweils keine wiederkehrend, sich unwillkürlich aufdrängenden belastenden Erinnerungen (= Intrusionen) an das Ereignis gezeigt, die durch Trigger (wie eine Untersuchung) ausgelöst wurden. Bei Nachfragen sei sie nicht verstummt, habe motorisch nicht angespannt gewirkt, keine sich in der Gegenübertragung abbildenden Ängste entwickelt und weder schweissnasse Hände noch eine Zunahme der Atem- und Herzfrequenz gezeigt. Auch

eine mit traumatischen Schilderungen verknüpfte Affektlabilität sei nicht sichtbar geworden (IV-act. 52 31/43).

Dieses von Dr. D. _____ festgestellte "normale" Verhalten allein damit zu erklären, dass wiederholt traumatisierte Personen eine chronische Gefühlsvermeidung praktizieren würden und nicht zu erwarten sei, dass sie sich gegenüber einer fremden Person in einer Sitzung von 80 Minuten öffnen und damit die Kontrolle aufgeben würden, wie Dr. I. _____ vom H. _____ vorbringt, vermag nicht zu überzeugen (vgl. Entgegnung IV-Gutachten H. _____ vom 18. März 2020 [Bf-act. 5]).

8.3.4 Auch eine anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind, konnte Dr. D. _____ nicht beobachten, weshalb er das Kriterium C als nicht erfüllt erachtet. Die Versicherte sei ohne Symptomprovokation in der Lage, Inhalte der traumatischen Erlebnisse auch ohne Nachfrage zu schildern, was bei Traumaopfern, die in der Regel konkrete Schilderungen vermeiden würden, untypisch sei. Auch die Arbeit der Beschwerdeführerin am Zentrum für Folter- und Kriegsopfer, das sie mit aufbaute sowie ihre Reise in die M. _____ sind für Dr. D. _____ Beleg dafür, dass die Beschwerdeführerin belastende Erinnerungen nicht vermieden hat bzw. nicht vermeidet, um etwa das Reaktivieren belastender Gedankenerinnerungen und Gefühle zu unterdrücken (IV-act. 52 31/43).

Dr. I. _____ der H. _____ kritisiert, der Gutachter übersehe, dass eine posttraumatische Belastungsstörung, wie bei der Beschwerdeführerin, nicht selten mit einem protrahierten Beginn diagnostiziert werde. Ein Grund dafür habe sicher in den unbestritten hohen Ressourcen der Beschwerdeführerin gelegen. Dass eine Befassung mit traumatisierten Migranten für sie heikel werden könnte, sei ihr schlicht nicht bewusst gewesen, so stark habe sie jegliche Gefühle weggedrängt (Vermeidungsverhalten; vgl. Entgegnung IV-Gutachten vom H. _____ vom 18. März 2020 [Bf-act. 5]). Dies vermag nicht zu überzeugen oder Zweifel an der Einschätzung des Gutachters zu wecken. Die von Dr. D. _____ erhobenen Befunde ebenso wie der in den Akten dokumentierte Werdegang lassen sehr wohl den Schluss zu, dass die Beschwerdeführerin kein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten zeigt. Dass die Beschwerdeführerin bereits früher nicht vermied, Traumata konkret zu schildern um sich zu schonen, geht auch aus den Asylakten eindrücklich hervor (Bf-act. 3 S.11 f.), was die Einschätzung, es sei kein Vermeidungsverhalten gegeben, stützt. Auch bringt Dr. I. _____ keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung

unerkannt geblieben und geeignet wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. BGer 8C_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1).

Eine negative Veränderung der Kognition und Stimmung, verminderte Teilnahme an ausserhäuslichen Aktivitäten, die nach dem traumatischen Ereignis begonnen oder sich verschlimmert haben (Kriterium D), liegen gemäss Dr. D. _____ nicht vor. Er führt aus, ersteres habe sich anlässlich der Untersuchung nicht verifizieren bzw. objektivieren lassen, gegen zweiteres spreche die erhaltene Reise- und Fahrfähigkeit und die Pflege freundschaftlicher Kontakte mit Freizeitaktivitäten (Wandern in den Bergen; IV-act. 52 32/43).

Veränderungen des Erregungsniveaus (Kriterium E) verneinte der Gutachter ebenfalls. Die Beschwerdeführerin zeige bereits klinisch keine höhergradigen Konzentrations- und Aufmerksamkeitschwierigkeiten. Sie präsentiere keine überdauernden krankhaften Veränderungen im Erregungsniveau. Zudem wirke sie nicht müde, so dass Schlafstörungen unwahrscheinlich seien (IV-act. 52 31/43).

Aufgrund einer Verneinung der Kriterien B, D und E lässt sich laut Dr. D. _____ ein Störungsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung, das länger als einen Monat dauerte (Kriterium F) und in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen vor allem im beruflichen Funktionsbereich verursacht (Kriterium G), nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen, weshalb auch diese beiden Kriterien nicht erfüllt sind.

Damit verneint Dr. D. _____ das Vorliegen von sechs der acht im DSM-5 vorgesehenen Diagnosekriterien.

8.3.5 Die Herleitung und Begründung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung bedarf einer besonderen Achtsamkeit. Dies gilt zunächst für das Belastungskriterium, mithin das auslösende Trauma. Dieses ist nicht in erster Linie und allein von der Gutachterperson bzw. vom Arzt selbst zu klären, von diesem aber zwingend zu referieren (BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347).

Vorliegend hat sich der Gutachter in nachvollziehbarer Weise mit den Diagnosekriterien der posttraumatischen Belastungsstörung nach DSM-5 auseinandergesetzt und in rechtsgenügender Weise dargelegt, dass eine entsprechende Diagnose im vorliegenden

Fall im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung vom 15. Januar 2020 lege artis nicht zu stellen war. Was die Beschwerdeführerin hiergegen vorbringt, vermag nach dem Gesagten keine Zweifel an der Expertise zu wecken. Wie der RAD in seiner im Rahmen der Vernehmlassung (act. 13) eingereichten Stellungnahme vom 8. Januar 2021 ausführt, schliesst das Verneinen der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht aus, dass Traumatisierungen stattgefunden haben und diese temporär auch zu psychischen Beeinträchtigungen geführt haben können.

Ebenso ist die Einschätzung von Dr. D._____, dass auch im Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung vom Juni 2018 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer posttraumatischen Belastungsstörung auszugehen war, schlüssig. Er stützte sich hier stark auf das fehlende Vermeidungsverhalten, welches ein wesentliches Merkmal der Diagnosekriterien gemäss DSM-5 ist (IV-act. 52 28/43), und nicht auf eine fehlende Traumatisierung.

Hinzuweisen ist diesbezüglich auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zur posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10, nach der nebst der für die Bejahung der Diagnose bedeutsamen Schwere des Belastungskriteriums auch die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung einer eingehenden Prüfung bedarf. Diese beträgt nach ICD-10 wenige Wochen, bis (sechs) Monate. Besondere Begründung braucht es dabei in jenen Fällen, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (BGE 142 V 342 E. 5.2.2). Vorliegend fanden die traumatischen Erlebnisse während der Kindheit und Jugend bzw. vor der Einreise in die Schweiz, also vor 1995 (Bf-act. 5) statt. Dr. F._____ stellte allerdings erst im Bericht vom 22. Juni 2018 erstmals die Diagnose einer posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), wahrscheinlich bestehend seit der Ermordung der Schwester der Patientin (1989). Sie machte dazumal keine Ausführungen dazu, wieso sich die Störung erst mehr als 20 Jahre nach den traumatischen Erlebnissen manifestiert haben soll. Gerade die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nach ihrer Einreise in die Schweiz fähig war, eine Ausbildung zur Sozialarbeiterin zu absolvieren und in der Folge den Beruf auch über mehrere Jahre ausübte, insbesondere auch beim Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (afk) des Universitätsspitals Zürich, welches sie mit aufbaute (vgl. Arbeitszeugnis afk vom 31. Mai 2010; IV-act. 9 15/20), lässt die Latenzzeit als deutlich zu lange erscheinen. Es ist daher nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass im Juni 2018 noch von einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund der Traumatisierungen in der Kindheit und Jugend auszugehen war.

8.4 Die Beschwerdeführerin kritisiert weiter, der Gutachter werfe ihr in verschiedenen Punkten ungerechtfertigterweise Inkonsistenz vor, ohne sie mit den Unstimmigkeiten je konfrontiert zu haben. Statt sich für ihre Biografie zu interessieren, habe er sich auf das Ergebnis des durchgeführten SRSI-Tests gestützt und die Beschwerdeschilderungen der Beschwerdeführerin als mit deutlich erhöhter Wahrscheinlichkeit ungültig qualifiziert. Sie rügt, er habe sie zu den traumatischen Ereignissen nicht näher befragt und die Inkonsistenz aufgrund der wenigen enthaltenen Schilderungen im Gutachten angenommen.

Diese Rüge trifft nicht zu. Wie bereits ausgeführt, gibt es keine Hinweise darauf, dass die Anamnese- und Befunderhebung durch Dr. D. _____ nicht lege artis erfolgt wäre (hiervor E. 7 und 8.1). Aus dem Gutachten geht hervor, dass Dr. D. _____ wohl eine gewisse Differenz zwischen den in den medizinischen Vorakten erwähnten Traumata und den anlässlich der Begutachtung von der Beschwerdeführerin erwähnten traumatischen Erlebnissen ermittelte und von einem erweiterten Narrativ ausgeht. Wie oben (E. 8.3.2) aufgezeigt, negiert er jedoch nicht, dass die erwähnten Traumata tatsächlich stattgefunden haben. Die von ihm erwähnten Inkonsistenzen und Widersprüche beziehen sich nicht auf allfällige Ungereimtheiten in der Sachverhaltsdarstellung. Doktor D. _____ konzentriert sich viel mehr darauf, Inkonsistenzen zwischen den geltend gemachten Beschwerdebildern und dem von ihm tatsächlich erhobenen Befund aufzuzeigen. So erwähnt er das von der Beschwerdeführerin geschilderte aktuell unauffällige soziale Funktionsniveau, das fehlende störungstypische Vermeidungsverhalten in Bezug auf eine posttraumatische Belastungsstörung, die anlässlich der Untersuchung erhobenen objektiv unauffälligen klinischen Befunde, das Ergebnis des SRSI sowie die fehlende konsequente medikamentöse Behandlung und kommt zum Schluss, die subjektiv geäußerten Beschwerden der Explorandin würden mit ihrem Verhalten und den Schilderungen nicht durchgängig korrelieren (IV-act. 52 34/43). Es handelt sich also nicht um Inkonsistenzen in der eigentlichen Sachverhaltsermittlung, sondern um eine gutachterliche Würdigung der gesamten Sachlage im Rahmen der Konsistenzprüfung. Eine direkte Konfrontation damit während der gutachterlichen Untersuchung war daher gar nicht möglich. Es liegt in der Natur der Sache, dass die Beschwerdeführerin erst mit Zustellung des Gutachtens Kenntnis von der Beurteilung des Experten erfuhr. Das Vorgebrachte mag den Beweiswert des Gutachtens daher nicht zu schmälern.

Was die Erwägung der Diagnose Simulation (ICD-10: Z76.5) durch den Gutachter betrifft, ist zudem festzuhalten, dass Dr. D._____ sie zwar in Erwägung zieht, aber nicht stellt und die diesbezügliche Kritik der Beschwerdeführerin schon deshalb ins Leere geht.

8.5 Auch soweit die Beschwerdeführerin geltend macht, die negative Einstellung des Gutachters ihr gegenüber zeige sich darin, dass er selbst keinen Medikamentenspiegel erhoben habe und ihr dann auch noch vorwerfe, selbst keinen solchen vorgelegt zu haben, kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Der Gutachter hat im Vorfeld der Begutachtung die Versicherte gebeten, aktuelle Laborbefunde, insbesondere auch eine Medikamentenspiegelbestimmung zeitnahe zum Zeitpunkt der Begutachtung erheben zu lassen und mitzubringen (Schreiben Dr. D._____ vom 2. November 2019; IV-act. 48). Immerhin lagen ihm aktuelle Laborbefunde eines Differenzialblutbilds und eines Urin-Drogenscreenings vom 13. Januar 2020 vor (IV-act. 52 42/43 f.). Damit setzte sich Dr. D._____ auseinander und hielt unter anderem fest, dass das Drogen-UP-Screening bis auf Cannabinoide, was mit der aktenkundigen CBD-Einnahme korreliere, negativ sei (IV-act. 52 26/43). Unabhängig davon gab die Beschwerdeführerin in der Begutachtung an, dass sie lediglich pflanzliche Präparate zum Schlafen und zur Beruhigung einnehme. Auf "chemische" Antidepressiva verzichte sie seit April 2019 (IV-act. 52 23/43). Es ist daher nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, dass der Gutachter nicht eine ergänzende Abklärung des Medikamentenspiegels anordnete, sondern von einer fehlenden Medikation ausgeht.

8.6 Soweit die Beschwerdeführerin rügt, der Gutachter habe sich ungenügend mit seinem von den Vorakten deutlich abweichenden objektiven Befund auseinandergesetzt und insbesondere die Berichte der Klinik K._____ vom Sommer 2018 zu wenig beachtet, ist folgendes zu erwägen:

Doktor D._____ setzt sich in seinem Gutachten ausführlich mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinander, insbesondere mit dem der behandelnden Psychiaterin Dr. F._____ vom 22. Juni 2018 und zeigte nachvollziehbar auf, weshalb er die gestellten Diagnosen nicht bestätigen kann (IV-act. 52 35/43). Nicht nachvollziehbar ist die Einschätzung von Dr. D._____ in Bezug auf die Befunde von Dr. F._____ der H._____. Der Gutachter hält fest, der Bericht vom 5. April 2019 (IV-act. 33/3) – der sich weitgehend mit jenem vom 6. August 2019 (IV-act. 36) deckt – könne versicherungsmedizinisch nicht überzeugen, weil die objektiven Befunde nicht von den

subjektiven Angaben unterschieden würden. Dr. I. _____ hielt unter dem Titel der objektiven Befunde zu jeder von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerdesymptomatik fest, ob sie anlässlich der Behandlung/Untersuchung wahrnehmbar war, was eine Differenzierung zwischen objektivem Befund und subjektiven Beschwerden deutlich macht. So wurden unter anderem Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen festgehalten, das Vorliegen einer Denkhemmung hingegen eher verneint ("nicht verlangsamt, nicht umständlich oder eingeengt"; IV-act. 36 3/8). Dass sich Dr. D. _____ damit nicht näher auseinandersetzt, stellt ein Schwachpunkt seiner Würdigung dar. Nachdem die Ärzte des H. _____ im Schreiben vom 13. November 2019 (IV-act. 49) jedoch einen positiven Verlauf der von ihnen behandelten Symptomatik darstellten, insbesondere auch bezüglich des Schlafs, den sie als seit Wochen verbessert und erholsamer bezeichneten, ist es durchaus erklärbar, dass Dr. D. _____ anlässlich seiner Begutachtung vom 15. Januar 2021 keine entsprechenden Symptome mehr feststellen konnte und folglich einen deutlich anderen Befund erhob, was die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Stellungnahme des RAD vom 8. Januar 2021 zu Recht vorbringt. Daran ändern auch die Berichte der Klinik K. _____ vom 19. Juli 2018 (IV-act. 34 3/4) und 9. August 2018 (IV-act. 34 1/4) nichts. Es wurde bei der Beschwerdeführerin dazumal eine nichtorganische Insomnie (Einschlaf- sowie Durchschlafstörung) diagnostiziert und behandelt. Die Behandlung beschränkte sich auf die Empfehlung von Verdunklung sowie der Anwendung weiterer Skills der Insomniebehandlung, die nicht pharmakotherapeutischer Natur waren. Zudem wurde Melatonin verschrieben. Die Ärzte gingen 2018 offensichtlich von einer guten und einfachen Behandelbarkeit aus. Eine Verbesserung der Schlafqualität bis zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung ist auch vor diesem Hintergrund realistisch und lässt keine Zweifel an der Expertise aufkommen.

9.

9.1 Insgesamt ergibt sich aus den Akten nichts, was geeignet wäre, den Beweiswert des Gutachtens von Dr. D. _____ vom 28. Januar 2020 in Zweifel zu ziehen, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. vgl. BGE 134 I 148 E. 5.3; 122 V 157 E. 1d je mit Hinweisen) auf das beantragte Gerichtsgutachten verzichtet und davon ausgegangen werden kann, dass die Beschwerdeführerin kein invalidisierendes psychisches Leiden aufweist.

9.2 Daran vermag letztlich auch der eingereichte Austrittsbericht der Klinik E. _____ vom 23. März 2021 (BF-act.7) nichts zu ändern. Er bezieht sich auf eine deutlich nach

Ergehen der angefochtenen Verfügung entstandene Verschlechterung des psychischen Zustands der Beschwerdeführerin, weshalb er auf die Ermittlung des vorliegend massgebenden Sachverhalts keine Auswirkungen hat und nicht zu beachten ist (vgl. hiervor E. 1).

10. Aufgrund der erhobenen Befunde und des erheblichen Einflusses invaliditätsfremder Faktoren, ist nachvollziehbar, dass Dr. D. _____ als Fazit festhält, es liege bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung kein invalidisierender Gesundheitsschaden vor und es bestehe eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (IV-act. 52 38/43).

Im weiteren kann für die Zeit nach der Anmeldung bei der Invalidenversicherung im Juni 2018 aufgrund der erhobenen Befunde und unter Berücksichtigung der ausgewiesenen invaliditätsfremden Faktoren, eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit oder insgesamt relevante Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründet werden. Auf eine Prüfung der Indikatoren (BGE 141 V 218) kann aus Gründen der Verhältnismässigkeit unter den gegebenen Umständen verzichtet werden.

Dies führt zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin kein für die Invalidenversicherung relevanter Gesundheitsschaden und damit auch keine Invalidität vorliegt oder droht. Daher besteht weder ein Anspruch auf Umschulung noch auf eine Rente der Invalidenversicherung; ein Leistungsanspruch wurde mit Verfügung vom 26. Mai 2020 zu Recht verneint. Folglich ist die Verwaltungsgerichtsbeschwerde vollumfänglich abzuweisen.

11. Abschliessend ist über die Kosten- und Entschädigungsfolgen bei diesem Verfahrensausgang zu befinden.

11.1 Der Beschwerdeführerin ist mit Verfügung vom 2. Oktober 2020 (act. 6) die unentgeltliche Prozessführung gewährt worden, weshalb ihr trotz Unterliegens für das vorliegende Verfahren in Abweichung von Art. 69 Abs. 1bis IVG keine Kosten aufzuerlegen sind.

11.2 Eine Parteientschädigung ist der Beschwerdeführerin nicht zuzusprechen, da sie mit ihrer Beschwerde unterliegt. Mit Verfügung vom 2. Oktober 2020 ist ihr indessen für

das vorliegende Verfahren ab dem 4. September 2020 für das weitere Verfahren ein unentgeltlicher Rechtsbeistand in der Person von Rechtsanwalt B. _____, gewährt worden (act. 6). Angesichts dessen, dass der unentgeltliche Vertreter erst im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels mandatiert war, folglich nur eine Rechtsschrift verfasst hat und mit Blick auf den Umfang der vorliegenden Akten rechtfertigt sich ermessensweise eine Entschädigung von Fr. 2'000.– (inkl. Auslagen und MWST).

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Kosten erhoben.
3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. Rechtsanwalt B. _____ wird mit Fr. 2'000.-- (inkl. Auslagen und MWST) aus der Staatskasse entschädigt.
4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der schriftlichen Eröffnung beim Schweizerischen Bundesgericht in Luzern Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden.
5. Mitteilung an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin (im Doppel), die IV-Stelle des Kantons Zug, an das Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern, und zum Vollzug von Ziffer 3 im Dispositiv an die Finanzverwaltung des Kantons Zug.

Zug, 5. Januar 2022

Im Namen der
SOZIALVERSICHERUNGSRECHTLICHEN KAMMER
Der Vorsitzende

Die Gerichtsschreiberin

versandt am