

VBE.2021.530 / If / BR

Art. 77

Urteil vom 13. September 2022

Besetzung

Oberrichter Roth, Präsident
Oberrichterin Fischer
Oberrichterin Schircks
Gerichtsschreiberin Fricker

Beschwerde-
führerin

A. _____
Beiständin: B. _____, Kindes- und Erwachsenenschutzdienst des Bezirks
C.
unentgeltlich vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Andreas Hübscher,
lex go AG, Bruggerstrasse 69, 5400 Baden

Beschwerde-
gegnerin

SVA Aargau, IV-Stelle, Bahnhofplatz 3C, Postfach, 5001 Aarau

Gegenstand

Beschwerdeverfahren betreffend IVG Renten
(Verfügung vom 26. Oktober 2021)

Das Versicherungsgericht entnimmt den Akten:

1.

Die 1976 geborene Beschwerdeführerin, zuletzt tätig gewesen als Verkäuferin im Teilzeitpensum sowie als Hausfrau, meldete sich am 26. November 2019 bei der Beschwerdegegnerin zum Bezug von Leistungen (berufliche Integration, Rente) der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) an. Die Beschwerdegegnerin tätigte daraufhin berufliche, medizinische und persönliche Abklärungen und liess die Beschwerdeführerin auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) begutachten (Gutachten von Dr. med. D., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, Q., und den Fachpsychologinnen für Neuropsychologie lic. phil. E. und lic. phil. F., G. vom 3. August 2021). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. Oktober 2021 ab.

2.

2.1.

Gegen die Verfügung vom 26. Oktober 2021 erhob die Beschwerdeführerin mit Eingabe vom 30. November 2021 fristgerecht Beschwerde und stellte sinngemäss den Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Gleichzeitig reichte sie eine mit "Einsprache gegen den IV Entscheid 26.10.2021 [...]" betitelte Stellungnahme von med. pract. H., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Fachpsychologin lic. phil. I., J., ein.

2.2.

Mit Eingabe vom 2. Dezember 2021 liess die Beschwerdeführerin den Mandatsträgerwechsel ihrer Vertretungsbeistandschaft mitteilen und reichte weitere Unterlagen ein.

2.3.

Mit Eingabe vom 16. Dezember 2021 stellte die Beschwerdeführerin ein Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege.

2.4.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 18. Januar 2022 wurde der zu diesem Zeitpunkt noch nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege für die Gerichtskosten bewilligt.

2.5.

Mit Vernehmlassung vom 9. Februar 2022 beantragte die Beschwerdegegnerin – unter Hinweis auf eine von ihr zwischenzeitlich eingeholte ergänzende gutachterliche Stellungnahme sowie nach Rücksprache mit dem RAD – die Abweisung der Beschwerde.

2.6.

Mit Eingabe vom 22. Februar 2022 teilte MLaw Andreas Hübscher, Rechtsanwalt, Baden, die Übernahme des Mandats als Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit und ersuchte gleichzeitig um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverteiständung.

2.7.

Mit instruktionsrichterlicher Verfügung vom 2. März 2022 wurde der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtsverteiständung bewilligt, und zu ihrem unentgeltlichen Vertreter mit Wirkung ab 22. Februar 2022 wurde Rechtsanwalt MLaw Andreas Hübscher ernannt.

2.8.

Mit Replik vom 14. April 2022 reichte die Beschwerdeführerin eine weitere Stellungnahme von med. pract. H. und lic. phil. I. zu den Akten und stellte folgende Rechtsbegehren:

"1. Die Verfügung vom 20. Dezember 2021 sei aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

2. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich gesetzlicher Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin."

Das Versicherungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. Oktober 2021 (Vernehmlassungsbeilage [VB] 56) zu Recht abgewiesen hat.

2.

Die angefochtenen Verfügungen ergingen vor dem 1. Januar 2022. Nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Rechts und des zeitlich massgebenden Sachverhalts (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1; 129 V 354 E. 1 mit Hinweisen) sind daher die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV sowie des ATSG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Fassung anwendbar.

3.

3.1.

In der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2021 (VB 56) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. med. D. und den Fachpsychologinnen für Neuropsychologie lic. phil. E. und lic. phil. F.

vom 3. August 2021. Darin wurde festgehalten, dass bei der Beschwerdeführerin aus versicherungsmedizinischer und neuropsychologischer Sicht keine Gesundheitsstörung mit andauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu plausibilisieren sei, die seit dem Referenzzeitpunkt der IV-Anmeldung die berufliche Leistungsfähigkeit überdauernd und höhergradig einschränke. Es sei mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine Diagnose aus dem psychiatrischen und neuropsychologischen Fachgebiet festzustellen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Aus versicherungsmedizinisch-psychiatrischer und neuropsychologischer Perspektive sei die Beschwerdeführerin in angestammter und angepasster Tätigkeit vollschichtig arbeitsfähig (VB 52 S. 2 f.).

3.2.

Den im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingegangenen Stellungnahmen ist insbesondere Nachfolgendes zu entnehmen:

3.2.1.

In ihrer Stellungnahme vom 10. November 2021 (eingereicht mit Beschwerde vom 30. November 2021) führten med. pract. H. und lic. phil. I. aus, dass sie mehr als zehn Jahre Erfahrung in der Diagnostik und Behandlung von Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) hätten. Es sei verständlich für sie, dass nicht alle Kollegen im psychiatrischen Bereich über diesen Erfahrungshorizont verfügen würden (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 1). Die Diagnose einer ASS bei gleichzeitig vorliegendem ADHS benötige viel Erfahrungshorizont und sei äussert komplex. Bei der Beschwerdeführerin hätten sie sehr ausführlich und lange diskutiert, welche Symptome für welches Störungsbild bei ihr spezifisch seien und selbstverständlich auch, welche Symptome bei der Beschwerdeführerin vorhanden seien (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 2, 10). Bei den beiden Töchtern der Beschwerdeführerin seien ein ADHS bzw. die Kombination von ADHS und einer ASS diagnostiziert worden. Bei 70 bis 90 % der Betroffenen einer ASS habe die Genetik einen Einfluss auf die Entstehung einer ASS. Beim Ex-Mann der Beschwerdeführerin würden keine Hinweise für eine ASS bestehen (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 2). Es sei fachlich schwach, dass Dr. med. D. und der RAD-Arzt med. pract. K., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Praktischer Arzt, behaupten würden, dass die Abklärung beim J. eine Fragebogen-lastige Abklärung gewesen sei. Fragebögen seien nach den Guidelines gefordert. Sie (med. pract. H. und lic. phil. I.) hätten für die Abklärung insgesamt 15 Stunden gebraucht. Zudem seien neuropsychologische Testungen meist Fragebogen-lastig. Die Fragebögen würden zur Orientierung dienen und würden "mit Hilfe einer Interview Befragung genauer exploriert" (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 2 f.). Dr. med. D. habe die Beschwerdeführerin gerade einmal 70 Minuten gesehen, wovon noch zehn bis fünfzehn Minuten für das Ausfüllen eines Fragebogens verwendet worden

seien (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 3). Die Hauptprobleme, die Kriterien von ADHS, der ASS und der Persönlichkeitsstörung seien nicht untersucht worden. Daher würden sie das Gesamtgutachten und insbesondere das Gutachten von Dr. med. D. in Frage stellen. Das von Dr. med. D. angewandte Beschwerdevalidierungsverfahren sei "aus einem Bereich, der [...] Psychiatern nicht erlaubt sei, zu erheben". Dieses sei nur für Neuropsychologen genehmigt (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 3 f., 10). Das neuropsychologische Gutachten sei lege artis erstellt worden. Allerdings würden sich damit nur die kognitiven Beeinträchtigungen feststellen lassen, und ASS-Betroffene hätten sehr oft keine kognitiven Einschränkungen (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 4). Zudem sei es unter Medikation durchgeführt worden und deshalb wenig aussagekräftig bezüglich der ADHS (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 5). Soweit Dr. med. D. ausführe, dass es keine weiteren Befundberichte darüber gebe, ob die Beschwerdeführerin bereits kinderpsychiatrisch gesehen worden oder verhaltensauffällig gewesen sei, sei darauf hinzuweisen, dass nur circa 20 % aller Betroffenen einer entsprechenden Diagnostik im Kindesalter zugeführt würden. Viele ADHS- und ASS-Betroffene könnten bis zu einem gewissen Punkt vollständig unauffällig leben (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 4, 11). Wie Dr. med. D. darauf komme, dass die Beschwerdeführerin keinerlei schwerwiegenden Traumata ausgesetzt gewesen sei, sei unklar. So habe der Ex-Mann der Beschwerdeführerin diese mit einem Messer bedroht. Die Beschwerdeführerin leide unter Hyperarousal und Flashbacks, habe Alpträume, eine Hypervigilanz und vermeide es, mit ihrem Ex-Mann zusammenzutreffen. Daher sei die Verdachtsdiagnose PTBS gestellt worden (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 5 f.). Dr. med. D. gehe davon aus, die Beschwerdeführerin könne dyadische Beziehungen eingehen sowie aufrechterhalten. Die Ehe sei jedoch auseinandergegangen und die Kinder würden fremdplatziert werden und hätten schon seit längerer Zeit Beistände (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 5). Es werde von Dr. med. D. nicht darauf eingegangen, dass die Beschwerdeführerin beruflich zweimal an der Prüfung gescheitert sei und immer wieder Stellen verloren habe, da sie Probleme mit den Mitarbeitern und Vorgesetzten gehabt habe, und mit welchen Schwierigkeiten und Unterstützungshilfen bei der Erziehung ihrer Töchter gearbeitet worden sei (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 6 f., 10). Der psychopathologische Befund sei unprofessionell und einseitig (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 7). Das Funktionsniveau nach dem Mini-ICF werde nicht beschrieben, obwohl dies "bei der aktuellen Begutachtung zum Standard gehör[e]" (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 8). Sie würden die Beschwerdeführerin als maximal 50 % arbeitsfähig in einer auf ihr Störungsbild angepassten Tätigkeit sehen, wenn die Kinder fremdbetreut würden (Stellungnahme vom 10. November 2021 S. 11).

3.2.2.

In seiner Aktennotiz vom 8. Januar 2022 führte der RAD-Psychiater med. pract. K. aus, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. sei aus formalen und inhaltlichen Gesichtspunkten korrekt und erscheine auch insgesamt schlüssig und medizinisch nachvollziehbar. Aus formaler Sicht sei die Gliederung des Gutachtens korrekt und der Aktenauszug adäquat. Aus inhaltlicher Sicht sei dem Gutachten eine eingehende Anamnese zu entnehmen, die Angaben der Beschwerdeführerin und die Untersuchungsbefunde würden in der Beurteilung gewürdigt und würden die Diagnostik (mit nicht vorhandener versicherungsmedizinisch relevanter Störung) kongruent begründen. Das Gutachten dokumentiere die durch den Gutachter erfolgte Untersuchung der Beschwerdeführerin mit ausführlicher Befunderhebung und entsprechender, fachärztlich durchgehend nachvollziehbarer und schlüssiger Beurteilung des Gesundheitszustandes (und daraus folgend der Arbeitsfähigkeit) unter Einbezug der zur Verfügung stehenden medizinischen Unterlagen. Diskrepanzen zwischen den Arbeitsunfähigkeitsgraden in den Akten und den gutachterlichen Beurteilungen würden hinreichend, einleuchtend und schlüssig begründet. Ein interdisziplinärer Konsens sei eigentlich bei einer psychiatrischen Begutachtung mit begleitender neuropsychologischer Untersuchung nicht notwendig gewesen, sei aber dennoch geliefert worden. Es könne aus Sicht des RAD vollumfänglich auf das qualitativ hochstehende Gutachten von Dr. med. D. abgestellt werden (VB 62).

3.2.3.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. Januar 2022 hielt Dr. med. D. fest, weder habe sich klinisch eine PTBS feststellen lassen noch würden sich psychosoziale Belastungsfaktoren wie familiäre Probleme mit dem Ex-Ehemann "als Eingangskriterium hin zu extremer Belastung" qualifizieren. Überdies seien bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung typische Trauma-Folgesymptome nicht klinisch objektivierbar gewesen. Auch depressive Symptome mit Freud- und Interessenverlust, Antriebslosigkeit und depressivem Affekt seien unter anderem nicht festzustellen gewesen. In der neuropsychologischen Begutachtung seien unauffällige Befunde objektiviert worden, die weder mit einer leistungseinschränkenden psychischen Erkrankung aus den Kapiteln F3, F4 oder F6 der ICD-10 noch mit einer leistungseinschränkenden ADHS oder ASS in Einklang zu bringen gewesen seien. Dieser neuropsychologische Testbefund sei mit dem Vorliegen einer leistungseinschränkenden psychischen Gesundheitsstörung mit andauernder Auswirkung auf die berufliche Leistungsfähigkeit inkompatibel (VB 66 S. 3). Probleme bei der Eingliederung seien überwiegend wahrscheinlich und wesentlich nicht durch ein psychisches Störungsbild begründet, das sich losgelöst von psychosozialen Belastungsfaktoren (unter anderem Scheidung, alleinerziehende Mutter, knappe finanzielle Mittel, fordernde Kinder, Arbeitslosigkeit) und psychischen Mitreaktionen bei körperlichem Leiden verselbstständigt habe

(VB 66 S. 4). Es handle sich bei der Stellungnahme von med. pract. H. und lic. phil. I. vom 10. November 2021 sowie dem Bericht der Klinik L. vom 30. September 2021 um eine andere Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts, der von ihm bereits im Gutachten vom 3. August 2021 beurteilt bzw. berücksichtigt worden sei. Es würden auch nach der Begutachtung psychische Beschwerden mit psychosozialen Belastungsfaktoren in Verbindung gebracht (VB 66 S. 6). Ziel der Begutachtung sei es im Allgemeinen, unabhängig von allfälligen Interessen Dritter, unter Berücksichtigung sämtlicher vorliegender Informationen, eine in Bezug auf die Versicherte ganzheitliche, personenorientierte, versicherungsmedizinische Plausibilisierung des medizinischen Sachverhalts vorzunehmen. Hierzu bedürfe es weiterer, in der Regel auch vorliegender Informationen, die in der Zusammenführung aus der relevanten Aktenlage und Untersuchungsergebnissen die überwiegend wahrscheinliche Plausibilisierung des medizinischen Sachverhalts ermöglichen würden. Dies sei im Gutachten unter anderem durch einen umfangreichen Aktenzusammenzug erreicht, der in Konsistenz- und Plausibilität beurteilt worden sei (VB 66 S. 8). Es sei zudem darauf hinzuweisen, dass im gutachterlichen Kontext nicht allein auf die subjektiven Beschwerdeangaben der Versicherten und deren Umfeld abzustellen sei, sodass mitunter eine Plausibilisierung subjektiver Beschwerdeangaben durch objektive psychopathologische Befunde nicht möglich sei. Es sei im versicherungsmedizinischen Kontext eine Trennung objektiver psychopathologischer Befunde und subjektiver Angaben notwendig. Der psychopathologische Befund im Gutachten vom 3. August 2021 bilde objektive Befunde ab und sei durch neuropsychologische Untersuchungsbefunde im neuropsychologischen Teilgutachten ergänzt worden. Der objektive psychopathologische Befund und die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse seien im Allgemeinen die zentrale versicherungsmedizinisch-psychiatrische Beurteilungsgrundlage, um eine Leistungsbeurteilung vorzunehmen. Eine Diagnosestellung "rein aus Fragebögen" sei im Allgemeinen bei keiner psychiatrischen Erkrankung statthaft. Psychiatrische Diagnosen seien im Allgemeinen anhand objektiver ICD-10-Kriterien und klinischer Untersuchungsbefunde zu stellen (VB 66 S. 8 f.). Die Beurteilung im Gutachten bzw. im Konsens vom 3. August 2021 beziehe sich auf das in der Versicherungsmedizin angewandte biopsychische Krankheitsmodell. So genannte invaliditätsfremde Aspekte mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wie Alter, Bildung, familiäre Situation, Wohnverhältnisse und Finanzen würden nicht berücksichtigt. Gleiches gelte für den Arbeitsmarkt und die gegenwärtige berufliche und private Situation der Beschwerdeführerin; beides sei bei der versicherungsmedizinischen Bewertung der Arbeitsunfähigkeit auszuklammern. Auch in Kenntnisnahme der im Nachgang an die Begutachtung eingegangenen Sachverhaltsdarstellungen sei keine Änderung der versicherungsmedizinisch-psychiatrischen Beurteilung vorzunehmen und es werde an den Ausführungen im Gutachten und in der Konsensbeurteilung vom 3. August 2021 festgehalten (VB 66 S. 9).

3.2.4.

Nach Eingang der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme von Dr. med. D. hielt RAD-Arzt med. pract. K. am 3. Februar 2022 fest, die Ausführungen von Dr. med. D. seien vollumfänglich stichhaltig, die seitenlangen redundanten Schilderungen der verantwortlichen Therapeutinnen jedoch nicht. In der Gesamtschau der vorliegenden Befunde könne weiterhin auf die Begutachtung durch Dr. med. D. abgestellt werden (VB 68 S. 2).

3.2.5.

In ihrer Stellungnahme vom 9. März 2022 (eingereicht mit Replik vom 14. April 2022) führten med. pract. H. und lic. phil. I. aus, sie seien der festen Überzeugung, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente habe. Das Gutachten von Dr. med. D. möge vielleicht formell lege artis sein, doch inhaltlich sei es ungenügend. Die gestellten Diagnosen seien nicht gemäss den Kriterien überprüft und entsprechend berücksichtigt worden (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 1). Die Symptome, typischen Verhaltensweisen und Beeinträchtigungen aufgrund der vorhandenen Diagnosen seien weder von Dr. med. D. im Gutachten noch in dessen ergänzender Stellungnahme oder vom RAD evaluiert worden (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 1 f.). Die "Aussage" von Dr. med. D. stütze sich nicht auf eine ausführliche Anamnese, Beobachtung von Verhaltensweisen, eine Exploration der Schwierigkeiten in sozialen Kontakten und im Beruf etc. und erhebe nicht die Asperger-typische Kommunikationsstörung, sondern stütze sich lediglich auf das neuropsychologische Gutachten und seine objektive Einschätzung. Dies sei ungenügend hinsichtlich einer Diagnostik eines Asperger-Syndroms, einer Persönlichkeitsstörung oder einer ADHS. So sei Asperger keine neuropsychologische, sondern eine psychiatrische Diagnose (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 3). Erneut sei nicht beachtet worden, dass die Kinder der Beschwerdeführerin fremdplatziert würden. Wie Dr. med. D. erneut von Ressourcen als Mutter sprechen könne, sei unklar. Es werde zudem wiederholt gesagt, die Beschwerdeführerin mache die Administration selbstständig, obwohl seit 2020 eine Beistandschaft bestehe, sowohl für sie als auch für ihre beiden Töchter (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 3, 10). Sie (med. pract. H. und lic. phil. I.) seien ausgewiesene Spezialistinnen in der Abklärung von ADHS, ASS, PTBS, kPTBS, dissoziativen Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Ihren Erfahrungshorizont könnten sicher nicht alle Kollegen aufweisen (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 4, 6). Dr. med. D. habe sich bezüglich der Funktionsbeeinträchtigungen, dargestellt durch das Mini-ICF, in der Stellungnahme vom 10. November 2021 nicht geäußert (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 4). Beschwerdevalidierungen mit Relevanz dürften nur durch Neuropsychologen ausgeführt werden. Zudem habe die Beschwerdeführerin keine kognitive Störung. In neuropsychologischen Testungen könnten ASS-Betroffene hervorragende Ergebnisse erzielen, dies komme sogar recht häufig vor. Diese Testungen würden nicht

die Kernsymptome einer ASS erfragen oder erheben (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 5, 7, 10). Gerade bei ASS-Betroffenen, die gleichzeitig Symptome einer ADHS tragen würden, sei es zum Teil ohne genaueste Befragung der Betroffenen und enger Angehöriger möglich, diese Kombinationsdiagnose stellen zu können (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 5). Es bleibe unklar, wie Dr. med. D. es in der kurzen Untersuchungsdauer geschafft habe, Diagnosen vom Tisch zu wischen, ohne die Kriterien genau abgeklärt zu haben. Viele ASS-Betroffene würden erst im Erwachsenenalter auffällig und oftmals würden "psychische Krankheiten spezielle Belastungen [...] entwickeln, um zum Ausbruch zu kommen". Nach den neuen Kriterien des ICD-11 benötige die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung zudem keine Zurückführbarkeit mehr bis ins Kindes- oder Jugendalter (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 8). Hinsichtlich der neuropsychologischen Untersuchung sei festzuhalten, dass diese unter Medikation stattgefunden habe und solche Testungen für ASS-Betroffene genau das seien, was sie gut könnten (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 9). Der Entscheid habe für die Beschwerdeführerin weitgehende finanzielle, soziale und psychische Folgen. Es gehe "um eine Anerkennung ihres jahrelangen Leidens durch ihre Diagnosen". Gerade für Asperger-Betroffene sei eine Erklärung für ihr "anders sein" sehr heilend. Dies habe die Beschwerdeführerin in ihrer Praxis bereits erlebt. "Eine Absprache sämtlicher Diagnosen mit ihren erheblichen Beeinträchtigungen" sei bei der Beschwerdeführerin wie ein "Schlag ins Gesicht" (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 11).

4.

4.1.

4.1.1.

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.1.2.

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.2.

Das Gutachten von Dr. med. D. und den Neuropsychologinnen lic. phil. E. und lic. phil. F. vom 3. August 2021 wird den von der Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. 4.1. hiervor) gerecht. Das Gutachten ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt worden (vgl. VB 47 S. 2; 50 S. 5 ff.), gibt die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausführlich wieder (vgl. VB 47 S. 2 ff.; 50 S. 16 ff.), beruht auf einer allseitigen fachärztlich psychiatrischen Untersuchung und einer neuropsychologischen Abklärung (vgl. VB 47 S. 5 ff.; 50 S. 18 ff.) und der Gutachter und die Neuropsychologinnen setzte sich im Anschluss an die Herleitung der Diagnosen eingehend mit den subjektiven Beschwerdeangaben bzw. den medizinischen Akten auseinander (vgl. VB 47 S. 8 f.; 50 S. 20 ff.; 52 S. 2 ff.). Das Gutachten ist in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation nachvollziehbar und damit grundsätzlich geeignet, den Beweis für den anspruchserheblichen medizinischen Sachverhalt zu erbringen.

4.3.

Die Beschwerdeführerin bringt demgegenüber insbesondere gestützt auf die Ausführungen von med. pract. H. und lic. phil. I. im Wesentlichen vor, das Gutachten werde sowohl in seiner Fachlichkeit als auch in seinen Schlussfolgerungen angezweifelt (vgl. Beschwerde). Das Gutachten, insbesondere das psychiatrische Teilgutachten, werde den bundesgerichtlichen Anforderungen nicht gerecht (vgl. Replik S. 2 ff.).

4.3.1.

Vorab ist auf das Vorbringen einzugehen, dass bereits aus formellen Gründen nicht auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. abgestellt werden könne, da diesem die Aktennotiz des RAD-Arzttes vom 12. November 2020 unterbreitet worden sei und Dr. med. D. sein Gutachten damit nicht neutral und unvoreingenommen erstellt habe. Bedenklich sei, dass Dr. med. D. die Würdigung des RAD im Abschnitt der klinischen Grundlagen noch als Einleitung und Ausgangslage fast wörtlich in sein Gutachten übernommen habe (vgl. Replik S. 3).

Für Sachverständige gelten grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richterinnen und Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu wecken. Bei der Befangenheit handelt es sich um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei

der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen (BGE 132 V 93 E. 7.1 S. 110; vgl. auch BGE 137 V 210 E. 2.1.3 S. 231 f.).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin kann nicht von einer Voreingenommenheit oder Befangenheit von Dr. med. D. ausgegangen werden, einzig, weil diesem die Aktennotiz des RAD-Arztes vorgelegen hatte – in welcher sich dieser (u.a.) kritisch zur Beurteilung von med. pract. H. geäußert hatte – und diese im Abschnitt "Einleitung und Ausgangslage" aufgeführt wurde (VB 50 S. 4). Im Gegenteil ist es sogar unabdingbar, dass ein Gutachten in umfassender Kenntnis der Vorakten, zu denen auch die Einschätzung des RAD-Arztes gehört, erstattet wird (vgl. E. 4.1.1.). Es wird damit kein objektiver Umstand dargetan, welcher den Anschein der persönlichen Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit von Dr. med. D. begründen würde. Der Einwand der Beschwerdeführerin erweist sich folglich als nicht stichhaltig und das Gutachten ist in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

4.3.2.

Die Beschwerdeführerin hält weiter fest, angesichts der Ausführungen von Dr. med. D. sei davon auszugehen, dass dieser die zweite, unterzeichnete Version des Berichts von med. pract. H. und lic. phil. I. vom 31. März 2020 (VB 32 S. 9 ff.) gar nie zur Kenntnis genommen habe (vgl. Replik S. 3 f.).

In der ersten Version des Berichtes vom 31. März 2020 hielten med. pract. H. und lic. phil. I. fest, dass die Kindheit der Beschwerdeführerin der Grundstein für die selbstunsichere Persönlichkeit gewesen sei und sie nicht wegen eines Asperger-Syndroms so Mühe in so-zialen Kontakten gehabt habe. Sie habe nie gelernt, sich zu wehren; sich anzupassen und unterzuordnen sei ihre Strategie gewesen, um nicht ebenfalls Gewalt zu erleben. Sie habe aus Angst den Menschen nicht in die Augen geschaut und habe deswegen auch Mühe mit dem Erkennen der Emotionen. Sie würden bei der Beschwerdegegnerin nicht von einem Asperger-Syndrom ausgehen (VB 25 S. 7). In der zweiten Version des Berichtes vom 31. März 2020 wurde lediglich der vorangehend aufgeführte Abschnitt abgeändert und festgehalten, sie (med. pract. H. und lic. phil. I.) würden bei der Beschwerdeführerin davon ausgehen, dass sich aufgrund eines Asperger-Syndroms, welches Schwierigkeiten in der sozialen Interaktion mit sich bringe, und durch die negativen Erlebnisse und Erfahrungen im Elternhaus und der Schule zusätzlich eine selbstunsichere Persönlichkeit entwickelt habe. Autismus-Betroffene hätten Mühe, andere Menschen zu deuten und einzuschätzen. Sie würden nicht wissen, wie mit den Emotionen anderer umzugehen und könnten sie nur schwer lesen. Dies mache sie besonders

anfällig für Mobbing-Situationen. Die vielen Erfahrungen hätten bei der Beschwerdeführerin dazu geführt, dass sie in sozialen Situationen sehr unbeholfen wirke und sich nicht wehre. Sie würden aus diesem Grund zusätzlich die Diagnose einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung bestätigen, da die Angst vor Kritik und Bewertung über das Mass hinausgehe, "wie sie bei einer Autismus-Betroffenen vorliegen würde" (VB 32 S. 14). Nachdem in der ersten Version des Berichtes vom 31. März 2020 nur die Diagnose einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (F60.6) und die Verdachtsdiagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (F43.1) gestellt worden waren (VB 25 S. 7), wurden in der zweiten Version des Berichtes vom 31. März 2020 sodann die Diagnosen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung (F60.6), eines Asperger-Syndroms (F84.5) und "Starke Anhalte für Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)" gestellt (VB 32 S. 15). Diesbezüglich führten med. pract. H. und lic. phil. I. in der zweiten Version des Berichtes aus, obwohl es äusserst selten sei, würden sie bei der Beschwerdeführerin beide Diagnosen (Autismusspektrumsstörung und Persönlichkeitsstörung) "geben", da keine der einzelnen Störungen das Gesamtbild der Beschwerdeführerin vollständig erklären würde (VB 32 S. 15).

Dr. med. D. lag offensichtlich die erste Version des Berichtes vom 31. März 2020 vor (VB 50 S. 11 f.). Allerdings war dem Gutachter bekannt, dass med. pract. H. im späteren Verlauf doch noch die Diagnose eines Asperger-Syndroms gestellt hatte (VB 50 S. 4, 14, 20). Da die zweite Version des Berichtes von med. pract. H. und lic. phil. I. vom 31. März 2020 (VB 32 S. 9 ff.) ansonsten nahezu identisch ist mit der ersten Version des Berichtes, ist nicht ersichtlich, inwiefern Dr. med. D., selbst wenn ihm die zweite Version des Berichtes nicht vorgelegen haben sollte, nicht umfassend informiert gewesen sein sollte. Spätestens im Zeitpunkt der Erstellung seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26. Januar 2022 (VB 66 S. 2 ff.) hatte Dr. med. D. sodann umfassende Kenntnis.

4.3.3.

Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Berichten von Dr. med. M. und vor allem mit den Abklärungen von med. pract. H. hinsichtlich der Asperger-Störung habe Dr. med. D. unterlassen (vgl. Replik S. 4). Eine Begründung, wieso das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung nicht überwiegend wahrscheinlich plausibilisierbar gewesen sei, fehle gänzlich (vgl. Replik S. 4). Betreffend vertiefte diesbezügliche Abklärungen werde auf die Ausführungen von med. pract. H. vom 10. November 2021 und vom 9. März 2022 verwiesen (vgl. Replik S. 5).

Die Stellungnahmen und Berichte von med. pract. H. und lic. phil. I. (vgl. E. 3.2.1. und 3.2.5. hiervor) sind, da es sich nicht um Berichte von behan-

delnden Ärztinnen handelt, als Parteigutachten zu werten. Was Parteigutachten anbelangt, rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer Partei eingeholt und in das Verfahren eingebracht wird, nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 351 E. 3b/dd S. 353). Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines bzw. einer Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder von einem Sozialversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen – wie jede substantiiert vorgelegene Einwendung gegen ein solches Gutachten – den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Sozialversicherer förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

Vorliegend setzte sich Dr. med. D. mit Stellungnahme vom 26. Januar 2022 (vgl. E. 3.2.2. hiervor) umfassend mit der von med. pract. H. und lic. phil. I. am 10. November 2021 geäusserten Kritik am Gutachten auseinander und legte – auch gemäss RAD-Facharzt med. pract. K. (vgl. E. 3.2.4. hiervor) – überzeugend dar, weshalb seine gutachterliche Einschätzung unverändert Bestand habe. Dr. med. D. hielt insbesondere fest, neue medizinische bzw. fachärztlich-psychiatrische Angaben, die nicht bereits im Gutachten berücksichtigt worden oder bekannt gewesen seien, würden im Hinblick auf beurteilte versicherungsmedizinische Inhalte mit der Stellungnahme von med. pract. H. und lic. phil. I. vom 10. November 2021 nicht vorliegen. So sei im Gutachten bzw. in der Konsensbeurteilung vom 3. August 2021 unter anderem berücksichtigt worden, dass die ambulante psychiatrische Therapiestelle in ihren therapeutischen Einschätzungen davon ausgegangen sei bzw. weiter davon ausgehe, dass die Beschwerdeführerin unter psychischen Erkrankungen leide, die überwiegend wahrscheinlich nicht zu bestätigen gewesen seien. Die Angaben und Befunde, welche im Rahmen der Begutachtung zu erheben gewesen seien, seien so festgehalten worden, wie diese objektivierbar gewesen und von der Beschwerdeführerin geäussert worden seien (VB 66 S. 6).

Betreffend die Unterschiede in der Diagnosestellung und Würdigung einzelner Aspekte ist festzuhalten, dass im Rahmen psychiatrischer Beurteilungen immer ein gewisser Ermessensspielraum besteht, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.3 mit Hinweisen). Vorliegend sind ausweislich der Akten weder Hinweise ersichtlich noch wurden derartige Anhaltspunkte substantiiert dargetan, wonach die gutachterlichen Einschätzungen von Dr. med. D. nicht lege artis erfolgt wären.

Der RAD-Facharzt med. pract. K. führte in seiner Aktennotiz vom 8. Januar 2022 aus, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D. sei aus formalen und inhaltlichen Gesichtspunkten korrekt und erscheine auch insgesamt schlüssig und medizinisch nachvollziehbar. Es könne aus Sicht des RAD vollumfänglich auf das qualitativ hochstehende Gutachten von Dr. med. D. abgestellt werden (VB 62). Selbst med. pract. H. und lic. phil. I. hielten in ihrer Stellungnahme vom 9. März 2022 fest, das Gutachten von Dr. med. D. sei formell *lege artis* (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 1).

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass bei Parteigutachten – vergleichbar mit Beurteilungen versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.; 122 V 157 E. 1d S. 162 f.) – bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ausreichen, damit sie nicht als beweiskräftig gelten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1 und 8C_682/2017 vom 14. Februar 2018 E. 5, je mit Hinweisen). Dass med. pract. H. und lic. phil. I. in der aktenkundigen ersten Version des Berichtes vom 31. März 2020 noch ausgeführt hatten, sie würden bei der Beschwerdegegnerin *nicht von einem Asperger-Syndrom ausgehen* (VB 25 S. 7) und in der zweiten Version des Berichtes vom 31. März 2020 ohne weitere Begründung ihrer nun divergierenden Einschätzung bei ansonsten praktisch identischem Bericht die Diagnose eines Asperger-Syndroms stellten (VB 32 S. 15), begründet zumindest geringe Zweifel an deren Einschätzung. Mit ihren Ausführungen, sie seien der festen Überzeugung, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente habe (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 1), und es gehe um eine Anerkennung des jahrelangen Leidens durch die Diagnosen, eine "Absprache" sämtlicher Diagnosen sei bei der Beschwerdeführerin wie ein "Schlag ins Gesicht" (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 11), gehen med. pract. H. und lic. phil. I. zudem über das normalerweise von einem (behandelnden) Arzt zu erwartende Mass hinaus, indem sie sich zu den Interessenwahrerinnen der Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin gemacht haben, was den Beweiswert ihrer Ausführungen (weiter) schmälert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1 mit Hinweisen).

Dass es seit der Begutachtung von Dr. med. D. zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gekommen wäre, ist den Berichten von med. pract. H. und lic. phil. I. zudem nicht zu entnehmen und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht. Bei der vom Gutachten abweichenden Einschätzung von med. pract. H. und lic. phil. I. ist damit lediglich von einer unterschiedlichen Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhaltes auszugehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_618/2014 vom 19. Dezember 2014 E. 2.1 mit Hinweisen; VB 66 S. 6), was angesichts der umfassenden gutachterlichen Abklärungen von Dr. med. D. und den Zweifeln an der Einschätzung von med. pract. H. und lic. phil. I. kein Abweichen vom Gutachten von Dr. med. D. rechtfertigt.

Soweit die Beschwerdeführerin zudem vorbringt, Dr. med. D. habe sich mangelhaft mit den Berichten von Dr. med. M. und vor allem mit den Abklärungen von med. pract. H. auseinandergesetzt, ist festzuhalten, dass es keiner ausdrücklichen Stellungnahme zu jeder einzelnen abweichenden Meinung bedarf, sondern von medizinischen Experten eine in Kenntnis der Aktenlage gebildete eigenständige Beurteilung erwartet wird (vgl. SVR 2009 UV Nr. 29 S. 101, 8C_669/2008 vom 25. Februar 2009 E. 3). Dies wurde im Gutachten von Dr. med. D. vorgenommen. Er kam in Kenntnis der Vorakten, nach Auseinandersetzung mit den bereits ergangenen medizinischen Einschätzungen, in Würdigung der Ergebnisse der klinischen Untersuchung sowie der zusätzlichen neuropsychologischen Abklärung und unter eingehender Berücksichtigung der von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden (vgl. E. 3.2.3. und 4.2. hiervor) und unter Ausklammerung der psychosozialen Belastungsfaktoren (VB 50 S. 23 f.; 66 S. 4, 6, 8 f.) zu seiner nachvollziehbar begründeten gutachterlichen Einschätzung. Eine mangelnde Auseinandersetzung mit den medizinischen Akten ist damit insgesamt nicht ersichtlich.

Soweit med. pract. H. auf die Kriterien des ICD-11 verweist (vgl. Stellungnahme vom 9. März 2022 S. 8), ist festzuhalten, dass dieses revidierte Klassifikationssystem – jedenfalls bis zum hier relevanten Verfügungszeitpunkt – noch nicht offiziell in Kraft gesetzt und daher (noch) nicht massgeblich ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_105/2021 vom 8. Juni 2021 E. 6.3 sowie 8C_487/2020 vom 3. November 2020 E. 6.2).

Die Einschätzungen von med. pract. H. und lic. phil. I. sind somit insgesamt nicht geeignet, Zweifel an der Einschätzung des Gutachters Dr. med. D. zu wecken, sodass davon abzuweichen wäre.

4.3.4.

Des Weiteren bemängelt die Beschwerdeführerin, Dr. med. D. habe im Rahmen seiner Begutachtung eine neuropsychologische Beschwerdevalidierung im SRSI durchgeführt (vgl. Replik S. 4). Er habe nicht erläutert, wie die unauffälligen Testresultate der beiden Neuropsychologinnen und das anscheinend auffällige Testresultat des von ihm durchgeführten Tests zueinanderstehen würden. Ein einziger auffälliger neuropsychologischer Test könne ohne nähere Begründung nicht genügen, um sämtliche von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden als nicht valid zu taxieren. Im Übrigen entspreche Dr. med. D. nicht den fachlichen Anforderungen für neuropsychologische Tätigkeiten. Daher könne auf seine neuropsychologischen Abklärungen nicht abgestellt werden (vgl. Replik S. 5). Dass eine Diskussion der Resultate des SRSI mit den beiden involvierten Neuropsychologinnen stattgefunden habe, gehe aus der Konsensbeurteilung vom 3. August 2021 nicht hervor (vgl. Replik S. 5).

Entgegen der Beschwerdeführerin ergibt sich aus dem Gutachten, dass eine Diskussion der Resultate durchaus stattgefunden hat. So wurde festgehalten, dass die interdisziplinäre Konsensbeurteilung am 3. August 2021 "fernmündlich" besprochen worden sei (VB 52 S. 1). Dr. med. D. führte so dann keine neuropsychologische Begutachtung durch, sondern wandte ein Beschwerdevalidierungsverfahren an, womit die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten aus dem IV-Rundschreiben Nr. 367 betr. fachliche Anforderungen für neuropsychologische Tätigkeit abzuleiten vermag. Dr. med. D. hielt diesbezüglich in seiner Stellungnahme vom 26. Januar 2022 fest, Hinderungsgründe, den SRSI-Beschwerdevalidierungsfragebogen einzusetzen, seien gemäss Testmanual nicht bekannt. Der SRSI-Fragebogen sei unter anderem im versicherungsmedizinisch-psychiatrischen Kontext zur Anwendung zugelassen (VB 66 S. 6). Inwiefern der psychiatrische Gutachter nicht fachkompetent zur Durchführung eines Beschwerdevalidierungstests sein sollte, ist nicht ersichtlich. Dr. med. D. hat zudem nicht einzig gestützt auf das Ergebnis des Beschwerdevalidierungsverfahrens sämtliche Beschwerden der Beschwerdeführerin als nicht valide taxiert. So hielt Dr. med. D. schlüssig begründet fest, die Beschwerdeführerin habe in der klinischen Untersuchung z.B. kognitive, depressive, unspezifische, schmerz- und traumaassoziierte Beschwerden geltend gemacht, die weder in seiner gutachterlichen Untersuchung noch in der neuropsychologischen Teilbegutachtung festzustellen gewesen seien (VB 50 S. 19).

4.3.5.

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die – vorliegend sinngemäss beanstandete – Dauer der Untersuchung ankommt. Massgebend ist in erster Linie, ob ein Gutachten inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_190/2019 vom 14. Mai 2019 E. 3.1), was vorliegend gemäss vorangehenden Ausführungen zutrifft. Diesbezüglich hielt auch Dr. med. D. fest, die Untersuchungszeiten in den einzelnen Teilbegutachtungen seien vollumfänglich ausreichend gewesen, eine versicherungsmedizinisch-psychiatrische Beurteilung vorzunehmen (VB 66 S. 6).

4.4.

Zusammenfassend sind weder den Ausführungen der Beschwerdeführerin noch den Akten konkrete Hinweise zu entnehmen, welche am Gutachten von Dr. med. D. sowie lic. phil. E. und lic. phil. F. vom 3. August 2021 (inkl. ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 26. Januar 2022) Zweifel zu begründen vermöchten (Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit; BGE 134 V 109 E. 9.5, mit Hinweis auf BGE 129 V 177 E. 3.1). Der medizinische Sachverhalt erweist sich vor diesem Hintergrund als vollständig abgeklärt, weshalb auf weitere Abklärungen (vgl. Beschwerde; Replik S. 5) in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten ist, da von diesen keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten sind (BGE 127 V 491 E. 1b S. 494).

mit Hinweisen). Gestützt auf das Gutachten vom 3. August 2021 (inkl. ergänzende gutachterliche Stellungnahme vom 26. Januar 2022) ist demnach bei der Beschwerdeführerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit auszugehen (VB 52 S. 2 f.).

5.

Mangels eines invalidisierenden Gesundheitsschadens konnte die Beschwerdegegnerin auf eine Abklärung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Haushaltsbereich und auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_352/2017 vom 9. Oktober 2017 E. 7). Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. Oktober 2021 (VB 56) zu Recht abgewiesen.

6.

6.1.

Nach dem Dargelegten ist die Beschwerde abzuweisen.

6.2.

Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} IVG ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.00 bis Fr. 1'000.00 festgesetzt. Für das vorliegende Verfahren betragen diese Fr. 800.00. Sie sind gemäss dem Verfahrensausgang der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Da dieser die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt wurde, sind die Kosten einstweilen lediglich vorzu merken.

6.3.

Der Beschwerdeführerin steht nach dem Ausgang des Verfahrens (Art. 61 lit. g ATSG) und der Beschwerdegegnerin aufgrund ihrer Stellung als Sozialversicherungsträgerin (BGE 126 V 143 E. 4 S. 149 ff.) kein Anspruch auf Parteientschädigung zu. Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter wird das angemessene Honorar nach Eintritt der Rechtskraft des versicherungsgerichtlichen Urteils aus der Obergerichtskasse zu vergüten sein (§ 34 Abs. 3 VRPG i.V.m. Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO).

6.4.

Es wird ausdrücklich auf Art. 123 ZPO verwiesen, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung der vorgemerkten Gerichtskosten sowie der dem Rechtsvertreter ausgerichteten Entschädigung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Das Versicherungsgericht erkennt:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.00 werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzugewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege werden sie einstweilen vorgemerkt.

3.

Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

4.

Das Honorar des unentgeltlichen Rechtsvertreters wird richterlich auf Fr. 3'300.00 festgesetzt.

Die Obergerichtskasse wird gestützt auf § 12 Anwaltstarif angewiesen, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin M^{Law} Andreas Hübscher, Rechtsanwalt, Baden, nach Eintritt der Rechtskraft das Honorar von Fr. 3'300.00 auszurichten.

Zustellung an:

die Beschwerdeführerin (Vertreter; 2-fach)

die Beschwerdegegnerin

das Bundesamt für Sozialversicherungen

Mitteilung nach Rechtskraft an:

die Obergerichtskasse

Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten

Gegen diesen Entscheid kann **innert 30 Tagen** seit der Zustellung beim **Bundesgericht Beschwerde** eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. 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, zuzustellen.

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).

Aarau, 13. September 2022

Versicherungsgericht des Kantons Aargau

4. Kammer

Der Präsident:

Die Gerichtsschreiberin:

Roth

Fricker

