

SO_GERICHTE VSBES.2019.104 vom 11. März 2020

SO Obergericht, 2020-03-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.104_d20200311

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.104 du 11 mars 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.104 del 11 marzo 2020

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1986 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) wurde am 9. August 2002 von ihren Eltern bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) wegen einer seit 1993 bestehenden Epilepsie zum Leistungsbezug angemeldet (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 4). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach der Beschwerdeführerin medizinische Massnahmen vom 6. August 2001 bis zum vollendeten 20. Altersjahr zur Behandlung des Geburtsgebrechens Ziff. 387 des Anhangs zur Verordnung über Geburtsgebrechen zu (IV-Nr. 11). Von 2004 bis 2007 konnte die Beschwerdeführerin eine Lehre als Floristin EFZ absolvieren. Zuletzt war sie seit dem 1. Oktober 2010 als Floristin (100 %; 50 % vom 1. September bis 31. Oktober 2016; erneut 100 % ab 1. November 2016) bei B.____, [...], tätig, wobei das Arbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin auf den 28. Februar 2017 aufgelöst wurde (IV-Nr. 33 S.2 ff.). Am 25. Februar 2015 hatte sich die Beschwerdeführerin einer Operation im C.____ unterzogen (Status nach Glasscherbenverletzung vor ca. 14 Jahren; Exzision des beim RAV [...] an; in der Folge konnte sie vom 21. August bis 15. September 2017 Glasfremdkörpers; IV-Nr. 31 S. 48). Per 1. März 2017 meldete sich die Beschwerdeführerin ein Assessment in der [...], [...], absolvieren (IV-Nr. 24 S. 2 und 26).

1.2 Am 16. August 2017 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV wegen einer seit ca. zwei Jahren bestehenden funktionellen Darmerkrankung zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 15). Die Beschwerdegegnerin veranlasste nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) eine polydisziplinäre (allgemeininternistische, gastroenterologische, neurologische, neuropsychologische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung im D.____, [...], welche im Zeitraum vom 29. Mai bis 5. Juli 2018 erfolgte (Gutachten vom 27. August 2018; IV-Nr. 43). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Einholung einer Stellungnahme bei der vorerwähnten Gutachterstelle wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 7. März 2019 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den Abklärungen könne der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Floristin weiterhin zu 7 bis 8 Stunden pro Tag zugemutet werden; dabei bestehe eine Leistungsfähigkeit von 80 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Andere angepasste Tätigkeiten könnten zu 8 Stunden pro Tag mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % zugemutet werden, dies ebenfalls aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Mit einer Verweistätigkeit sei es der Beschwerdeführerin möglich, ein Renten ausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Der Invaliditätsgrad

betrage 14 %. Zu den Einwendungen der Beschwerdeführerin wurde ausgeführt, auf das polydisziplinäre D.____-Gutachten könne abgestellt werden. Die Stellungnahme der Gutachter vom 21. Januar 2019 bilde integrierender Bestandteil der Verfügung. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien nicht näher zu prüfen, da sich die Beschwerdeführerin nicht im gutachterlich attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle (IV-Nr. 61; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer 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 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

2.6 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere 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 Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es bestehe bei ihr ein invalidisierendes Leiden, das zu einem Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen führe. Eventualiter sei die Sache zur ordnungsgemässen Abklärung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Dem Bericht des C.____ vom 19. Januar 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Status nach tiefer Glasschnittverletzung rechts vor ca. 9 Jahren, Ischialgiforme Beschwerden, Status nach Einlagenversorgung zur Korrektur der Beinlängendifferenz und Korrektur des Valgus rechts». Im Weiteren wurde dargelegt, die Anamnese sei etwas konfus. Die Patientin gebe an, im Jahr 2004 auf ein Weinglas gesessen und dabei eine tiefe Schnittwunde erlitten zu haben, die durch einen Hausarzt versorgt worden sei. Die Schnittwunde sei an der Grenze vom Gesäss zum Oberschenkel rechts lokalisiert und gemäss Angabe des Hausarztes bis zu 6 cm tief gewesen. Man habe eine Glasscherbe entfernen können. Seit damals habe die Patientin über wechselnde Schmerzen im Bereich gluteal, infragluteal und Oberschenkel dorsal berichtet. Zum Teil seien die Schmerzen ausstrahlend bis zum Beckenkamm und gegen die Kniekehle gewesen, sodass auch eine Ischiasreizung postuliert worden sei. Im Rahmen einer Ultraschall-Untersuchung sei ein verdächtiger Fremdkörper infragluteal rechts in einer Tiefe von 1,5 cm gefunden worden. Ob die Beschwerden, welche die Patientin angebe, effektiv auf diesen Fremdkörper zurückzuführen seien, könnte man sich theoretisch vorstellen (IV-Nr. 31 S. 46 f.). Am 25. Februar 2015 wurde die Beschwerdeführerin im C.____ operiert (Präoperative sonographische Markierung, Exzision des Glasfremdkörpers; IV-Nr. 31 S. 48).

3.2 Aus dem Bericht des C.____ vom 17. Juli 2015 gehen folgende Diagnosen hervor: «Vd. a. cerebrale Photosensibilität (H53.1), anammestisch St. n. photosensibler Epilepsie mit St. n. anfallsunterdrückender Behandlung 1996 bis 2000». Die Beurteilung lautete dahingehend, die vorliegende EEG-Untersuchung vom 8. Juli 2015 liefere keine Hinweise auf das Vorliegen einer aktiven Epilepsie. Ebenfalls seien keine auffälligen Paroxysmen während der Photostimulation beobachtet worden. Zur Weiterabklärung sei der Patientin dennoch die Durchführung eines Schädel-MRI■s empfohlen worden, womit die Patientin jedoch unbedingt noch habe zuwarten wollen (IV-Nr. 31 S. 42 f.).

3.3 Am 23. November 2015 musste die Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des C.____ wegen unklarer Bauchschmerzen behandelt werden (IV-Nr. 31 S. 36). Aus dem Bericht des C.____ vom 18. November 2015 über die am 16. November 2015 durchgeführte ambulante Ösophago-Gastroduodenoskopie geht hervor, laut Patientin bestünden seit mehreren Monaten rezidivierende Oberbauchbeschwerden, hauptsächlich im Sinne postprandial verstärkter, Nahrungsmittel unabhängiger epigastrischer Schmerzen inkl. dem subjektiven Gefühl eines «harten Bauches». Es sei dann das Aufgebot zur erstmaligen Durchführung einer oberen endoskopischen Standortbestimmung erfolgt. Zusätzliche wegweisende GI-Auffälligkeiten hätten nicht angegeben werden können (u.a. unauffälliges Stuhlverhalten u.a.). Es bestehe kein Hinweis auf das Vorliegen einer B-Symptomatik oder sonstiger Alarmsymptome. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, sowohl makroskopisch als auch histologisch bestehe ein unauffälliger bzw. nicht wegweisender Befund in den eingesehenen Abschnitten von Ösophagus, Magen und Duodenum. Insbesondere bestehe kein Ulkus-, Blutungs-, TU- oder höhergradig florider Entzündungsnachweis. Zusammenfassend lasse sich in der aktuellen Untersuchung kein morphologisches Korrelat bzgl. der Beschwerden erheben (DD nicht-erosive Refluxösophagitis oder funktionelle Dyspepsie; IV-Nr. 19 S. 8).

3.4 Im Bericht des C.____ vom 2. Dezember 2015 über die gleichen Tags durchgeführte Sonografie des Abdomens wurde angegeben, es bestehe eine unauffällige Abdomensonographie (IV-Nr. 19 S. 5).

3.5 Laut dem Bericht des C.____ vom 14. Dezember 2015 über die ambulante Ileo-Koloskopie vom 9. Dezember 2015 bestand sowohl endoskopisch als auch histologisch ein unauffälliger ileo-koloskopischer Untersuchungsbefund. Aufgrund der Anamnese und der vorliegenden Befunde (Gastro- und Koloskopie, Sono Abdomen) handle es sich am ehesten um funktionelle Beschwerden im Sinne eines Reizdarmsyndroms. Damit sei auch gut vereinbar, dass die Patientin nach der Anpassung ihrer Diät bereits eine Beschwerdelinderung festgestellt habe. Primär sei ein exspektatives Vorgehen angezeigt (IV-Nr. 19 S. 1 f.).

3.6 Aus dem Bericht des E.____ vom 21. Januar 2016 geht folgende Hauptdiagnose hervor: «Laterale Kalkaneodynie links, überlastungsabhängig bei Pes plano valgus beidseits». Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin leide seit vielen Jahren an belastungsabhängigen, lateralen Fersenschmerzen plantar. Aus diesem Grund stehe sie kaum auf die linke Ferse und versuche im Alltag als Floristin, alleine auf dem rechten Fuss zu stehen. Sie habe sich in Eigenregie sensomotorische Schuh-Einlagen nach Mass anfertigen lassen, womit es bereits deutlich besser gehe. Ansonsten habe sie keine Beschwerden. Zur Beurteilung wurde dargelegt, es sei von einer belastungsabhängigen Kalkaneodynie unter dem lateralen Kalkaneus links auszugehen, bedingt durch die massive Valgusfehlstellung des Rückfusses bei Pes plano valgus. Die mitgebrachten sensomotorischen Einlagen seien nicht genügend hilfreich. Es werde die Anfertigung von neuen Schuheinlagen mit Fussbettung nach Mass und guter medialer Unterstützung des Längsgewölbes zur Redression des Rückfusses durch einen ausgebildeten Orthopädie-Schuhmacher empfohlen (IV-Nr. 31 S. 31 f.).

3.7 Dr. med. F.____, Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie, hielt in seinem Bericht vom 22. August 2016 folgende Diagnosen fest: «1. Funktionelle Blähungen; 2. Mehrfachunverträglichkeit gemäss Patientin: Ausschluss einer organischen gastrointestinalen oder abdominalen Pathologie, Ausschluss einer Laktoseintoleranz (fehlender Anstieg der H₂-Atemluftkonzentration ohne Beschwerden nach Einnahme von 50 g Laktose)». Die Beurteilung lautete dahingehend, bei der Patientin bestünden funktionelle Blähungen. Leider hätten die symptomatischen Therapieversuche nichts gebracht. Eine organische Erkrankung könne ausgeschlossen werden. Im Weiteren bestehe zweifelsfrei eine psychische Überlagerung. Die Patientin kralle sich an ihrem Krankheitskonzept fest und lasse sich auch durch Aufzeigen gegenteiliger Evidenz (negative Untersuchungsbefunde etc.) nicht davon abbringen, dass jetzt etwas «geschehen» müsse. Bei diesem Krankheitsbild bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Dies sei auch der Taggeldversicherung so mitgeteilt worden. Zur Zeit bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, diese müsse aber gutachterlich festgestellt werden (IV-Nr. 31 S. 25 f.).

3.8 Gemäss dem Bericht von Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für ORL, vom 22. August 2016 war die Beschwerdeführerin vom 31. Mai bis 22. August 2016 bei ihr in Abklärung wegen eines Globusgefühls. Sie habe berichtet, seit etwa März 2016 beim Schlucken im Hals auf der rechten Seite paralaryngeal einen Knoten zu verspüren. Dieser sei nach einer Erkältung aufgetreten. Auch beim Liegen auf dem Rücken sei dieses Gefühl sehr unangenehm. Eine eigentliche Dysphagie bestehe nicht, auch habe sie keine Schluckschmerzen. Seit einem halben Jahr sei ihr Gewicht um etwa 3 kg zurückgegangen, da sie ihre Kost wegen einer Laktoseunverträglichkeit zusammen mit einer Ernährungsberaterin umstellen werde.

Zur Beurteilung wurde angegeben, das durchgeführte CT des Halses habe absolut unauffällige Befunde gezeigt. Zusammenfassend bestehe die Überzeugung, dass es sich um ein funktionelles Problem handle. Aufgrund des zwischenzeitlichen Verlaufs sei davon auszugehen, dass noch grössere psychologische Probleme dahinter stecken könnten, als primär vermutet. Es habe zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit bestanden und der Patientin sei auch nie ein entsprechendes Zeugnis ausgestellt worden (IV-Nr. 31 S. 23 f.).

3.9 Gemäss dem Bericht des H. ____, I. ____, dipl. Logopädin, vom 28. September 2016 besteht als Hauptdiagnose eine funktionelle Schluckstörung mit Gewichtsverlust. Unter dem Titel Beurteilung wurde vermerkt, die Patientin kenne Tricks und Übungen, um auf funktioneller Ebene der weiterhin bestehenden punktuellen Verhärtung am Hals zu begegnen und Druck beim Schlucken abzubauen. Ein lockeres Schlucken ohne Fehlkompensation sei grundsätzlich möglich trotz Schmerzsymptomatik. Auch wenn ein mechanischer Auslöser vorhanden sei, der die Schmerzen erklären könne, sei eine psychogene Überlagerung im Sinne einer psychogenen Dysphagie nicht auszuschliessen. Aus logopädischer Sicht stehe einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nichts im Wege. Eine erfüllende Beschäftigung und Tagesstruktur könnte sich eher sogar positiv auf den weiteren Verlauf auswirken. Die Logopädie könne in gegenseitigem Einverständnis vorerst abgeschlossen werden (IV-Nr. 31 S. 20 f.).

3.10 Prof. Dr. med. J. ____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, stellte in seinem Bericht vom 2. November 2016 die Diagnose «Unklares Globusgefühl cervical rechts m/b: keine morphologische Ursache erkennbar, sonographisch diskrete Verkalkung am Schildknorpel rechts» und führte aus, ein anatomisch morphologisches Korrelat für die von der Patientin angegebenen Beschwerden finde sich nicht. Eine operative Entfernung des «verkalkten» Schildknorpelanteils, wie von der Patientin gewünscht, sei strikt abgelehnt worden (IV-Nr. 31 S. 19).

3.11 Med. pract. K. ____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 18. November 2016 folgende Diagnosen fest: «Hypochondrische Störung, Verdacht auf ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung». Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin sei schwer auf ein anderes Thema als ihre körperliche Missempfindung (Schluckbeschwerden) zu lenken. Sie sei trotz ihres Alters von 30 Jahren noch auffällig eng an ihre Familie angebunden und neige ausserfamiliär zu Einzelgängertum. Es seien verschiedene soziale Ängste zu vermuten, welche die Patientin durch die ausgiebige Beschäftigung mit ihrem Körper abwehre. Die Patientin sei seit dem 1. November 2016 wieder zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 31 S. 18).

3.12 Aus dem Bericht des L. ____, vom 23. März 2017 gehen folgende Diagnosen hervor: «1. Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp, Sonographie des Abdomens vom 02.12.2015 (C. __): unauffällig, Gastroskopie vom 25.10.2015 (C. __): unauffällig, histologisch unauffällig, Helicobacter pylori negativ, Ileokoloskopie vom 09.12.2015 (C. __): unauffällig, histologisch normale Kolonschleimhaut, H2-Laktose-Atemtest vom 11.07.2016: negativ». Im Rahmen der Beurteilung wurde dargelegt, bei der Patientin stehe ein ausgeprägtes Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp mit zusätzlich Blähungssymptomatik im Vordergrund. Umfangreiche Abklärungen in der Vorgeschichte hätten bislang keine organische Ursache der Erkrankung zu Tage geführt, weshalb eine erneute laborchemische, endoskopische oder radiologische Aufarbeitung nicht im Vordergrund stehe. Bezüglich der Obstipation, die nur mit verschiedenen Abführmassnahmen zu kontrollieren sei, sei der Patientin der Einsatz von Constella

(Linaclotid) vorgeschlagen worden. Dieses Medikament bewirke einerseits einen aktiven Einstrom von Salz in das Darmlumen, womit es zu einer osmotischen, abführenden Wirkung komme, und andererseits zu einer Modulation der afferenten Nervenfasern, wodurch eine Verbesserung der Abdominalschmerzen beim Reizdarmsyndrom erreicht werden könne (IV-Nr. 31 S. 12 f.).

3.13 Aus dem Bericht des M.____ [...], Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N.____, Oberarzt), vom 21. September 2017 über die gleichen Tags durchgeführte Abdomensonographie geht folgende Diagnose hervor: «Unauffällige Sonografie Abdomen» (IV-Nr. 31 S. 10 f.).

3.14 Im Bericht des L.____, Gastroenterologie, zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 10. Oktober 2017 wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp». Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Behandlung habe vom 11. Juli 2016 bis 20. Juni 2017 gedauert.

Auf dem Beiblatt zum vorerwähnten Arztbericht wurde angegeben, die Beschwerdeführerin könne wegen abdominaler Schmerzen nicht arbeiten, wenn diese vorhanden seien (intermittierendes Auftreten). Die bisherige Tätigkeit als Floristin sei im Ausmass von 50 % zuzumuten, wobei eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Andere Tätigkeiten seien ihr ebenfalls zuzumuten, wobei auf flexible Arbeitszeiten zu achten sei. Eine solche Tätigkeit sei während mindestens 4 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 25).

3.15 Der Beurteilung im Bericht des M.____ [...], Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N.____), vom 29. November 2017 kann entnommen werden, seit der letzten Konsultation im August 2017 sei leider keine Beschwerderegredienz eingetreten. Im Vordergrund stünden die Abdominalschmerzen, welche sich durch die viszeroanalgetische Therapie mit Amitryptilin nicht verbessert habe. Da auch eine Dosiserhöhung keine wesentliche Regredienz habe erzielen können, werde ein Präparatwechsel auf das ebenfalls modulierende viszeroanalgetisch wirkende Venlafaxin vorgenommen. Zudem werde Iberogast hochdosierte rezeptiert, welches ebenfalls krampflösend wirke. Aufgrund der wieder zunehmenden Obstipationsproblematik sei eine Dosiserhöhung des Resolors initiiert worden. Eine Verlaufskontrolle und Planung des Procederes erfolge in der Sprechstunde in ca. 10 Wochen (IV-Nr. 31 S. 8 f.).

3.16 Der Hausarzt Dr. med. O.____ (Praxis [...], Dr. med. P.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin) stellte in seinem Bericht vom 18. Dezember 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Verdacht auf Functional Abdominal Pain Syndrom, mögliches Overlap mit Irritable Bowel Syndrom und FODMAP Unverträglichkeit». Die weiteren Diagnosen (Verdacht auf zerebrale Fotosensibilität (DD iktale Genese) 07/15, anamnestisch St.n. fotosensibler Epilepsie und St.n. anfallsunterdrückender Behandlung 1996 ■ 2000, unklares Globusgefühl zervikal rechts ohne morphologische Ursache 11/16, Laterale Calcaneodyn timer links überlastungsbedingt bei Pes plano valgus bds. 01/16, St.n. Entfernung eines Glasfremdkörpers in der Glutealmuskulatur rechts 25.02.2015) haben nach den Angaben des Hausarztes keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Mai bis 31. August 2016 und eine solche von 50 % vom 1. September 2016 bis unbekannt; sodann erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 24. August bis 3. September 2017 und eine solche von 50 % vom 4. September 2017 bis auf weiteres/unbestimmt.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, wegen Bauchbeschwerden und ständigen Schmerzen, verbunden auch mit Appetit- und Kraftlosigkeit, habe die Arbeit als Floristin bereits lange Zeit nur beschränkt in einem reduzierten Arbeitspensum bewältigt werden können. Die Patientin sei arbeitslos. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Schmerzen seien durch körperliche Arbeit, Putzarbeiten und auch durch grosse Hitze verschlimmert worden. Bei längerem Stehen entstünden sehr starke Bauchkrämpfe. Aufgrund ihrer krampfartigen Bauchschmerzen sei auch ihre Konzentrationsfähigkeit und geistige Leistungsfähigkeit mit Auffassungsvermögen vermindert. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Der Patientin seien andere Tätigkeiten zuzumuten. Eine 50%ige handwerkliche Tätigkeit ohne repetitive Bewegungen wäre möglich. Die Arbeitsstelle sollte ständig wechselnde Positionen ermöglichen (Sitzen, Stehen, Gehen) und auch immer wieder kleine Pausen zur Einnahme von Getränken und Zwischenmahlzeiten ermöglichen. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 50 % (IV-Nr. 31 S. 5 ff.).

3.17 Aus dem Bericht des M.____, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N.____), vom 9. Februar 2018 geht hervor, die Patientin berichte, dass die ausgeprägten Abdominalbeschwerden unverändert persistierten. Diese stünden noch immer im Vordergrund. Die Venlafaxin-Therapie habe sie nicht vertragen, es sei zu starker Übelkeit gekommen. Die Schmerzen hätten sich nicht gebessert. Die Obstipationsproblematik sei seit dem Absetzen der Amitryptilin-Therapie unter der Einnahme von Resolo regredient, sie habe regelmässig normal geformten Stuhlgang. Sie ernähre sich nach wie vor FODMAP-arm, wodurch eine Besserung des Meteorismus eingetreten sei. Die Beurteilung lautete dahingehend, es bestehe unverändert ein sehr hoher Leidensdruck aufgrund der abdominellen Schmerzen. Bei ausbleibender Besserung durch die Viszeroanalgesie mit Venlafaxin werde erneut eine Therapie mit dem modulierenden Amitryptilin initiiert (IV-Nr. 43.8 S. 1 f.).

3.18

3.18.1 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (allgemeininternistischen, gastroenterologischen, neurologischen, neuropsychologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten des D.____ vom 27. August 2018 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 29. Mai bis 5. Juli 2018 untersucht und begutachtet wurde. Zur persönlichen Situation und Krankheitsentwicklung wurde dargelegt, die 1986 geborene Explorandin beklage seit drei Jahren bestehende, weitestgehend therapieresistente Bauchkrämpfe vor allem im Bereich des rechten Hemiabdomens, eine gewisse Obstipation, Ein- und Durchschlafstörungen sowie eine schmerzbedingt verminderte Konzentration und ein vermindertes Arbeitstempo. Zudem gebe sie an, seit Beginn der Symptomatik vor drei Jahren etwas an Gewicht abgenommen zu haben. Aufgrund ihrer Beschwerden könne sich die Explorandin keine berufliche Tätigkeit vorstellen. Es wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes (ICD-10 F45.32), chronische abdominale Schmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 R10.4), chronische Obstipation (ICD-59.0), teilweise medikamentös bedingt, Untergewicht (BMI 17,5 kg/m²; ICD-10 R63.4); 2. Psychoneurotische Persönlichkeit (ICD-10 F60.8). Die weiteren Diagnosen (1. Knick-Senkfuss links mehr als rechts [ICD-10 M21.6]; 2. Fehlf orm und Fehlhaltung der Wirbelsäule bei Beckentiefstand links [ICD-10

M43.9]; 3. Status nach Absencen-Epilepsie in der Kindheit [ICD-10 G40.3]) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Zur interdisziplinären medizinischen Beurteilung wurde festgehalten, bezüglich der funktionellen Auswirkungen stünden vor allem die Bauchschmerzen der Explorandin im Vordergrund, welche sie im Stehen noch stärker wahrnehme als im Sitzen. Aus gastroenterologischer Sicht könnten die von der Explorandin beklagten Abdominalschmerzen nicht erklärt werden. Zudem könne die Diagnose einer teilweise medikamentös bedingten (Antidepressiva) Obstipation gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei vom Vorliegen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes bei psychoneurotischer Persönlichkeit auszugehen. Es sei offensichtlich, dass die Explorandin durch die Fixierung auf Bauchkrämpfe dahinterliegende weiterreichende Motive abwehre. Die gesamte Krankheitsdynamik sei als regressiv zu werten. Die funktionelle Darmstörung zwinge die Explorandin wieder in eine Abhängigkeit zu den Eltern hinein und diene offenbar einer Regression in eine harmonische Kindheit. Aus internistischer Sicht bestehe ein Untergewicht, welches dadurch bedingt sei, dass die Explorandin aufgrund ihrer Bauchschmerzen und Obstipation nur ungenügend Nahrung zu sich nehme. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus neuropsychologischer Sicht lasse sich eine minimale neuropsychologische Hirnfunktionsschwäche mit Einschränkungen ausschliesslich in Bereichen, die Anforderungen an sprachliche Fähigkeiten stellen, objektivieren. Dies sei schon immer so gewesen und sei kompatibel mit den früher durchgeführten Tätigkeiten. Es hätten sich anlässlich der Begutachtung keine Hinweise für relevante Inkonsistenzen ergeben. Die Selbsteinschätzung der Explorandin, aufgrund ihrer Beschwerden nicht mehr auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein zu können, könne aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, die Tätigkeit als Floristin sei eine fast ausschliesslich stehende Tätigkeit, welche aufgrund der im Stehen vermehrt verspürten Bauchbeschwerden fraglich sinnvoll erscheine. Aufgrund der objektivierbaren Befunde aus somatischer und psychiatrischer Sicht sei allerdings auch diese Tätigkeit für 7 bis 8 Stunden pro Tag zumutbar. Es bestehe ein leicht erhöhter Pausenbedarf. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Floristin könne seit der IV-Anmeldung im August 2017 angenommen werden. Zur Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit wurde dargelegt, die Tätigkeit sollte aufgrund der subjektiven Beschwerden vorwiegend im Sitzen durchgeführt werden mit der Möglichkeit von Pausen und flexiblen Arbeitszeiten. Rein medizinisch bestünden aber keine wesentlichen Einschränkungen. Eine maximale Präsenz von 8 Stunden pro Tag wäre in einer solchen Tätigkeit zuzumuten. Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine geringe Leistungseinbusse. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 %. Auch hier sei davon auszugehen, dass diese Angaben seit mindestens August 2017 Gültigkeit hätten. Die leichten Leistungseinbussen der verschiedenen Fachrichtungen ergänzten sich und addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten und die gleiche Symptomatik betroffen sei.

Unter dem Titel «medizinische Massnahmen und Therapien mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit» wurde dargelegt, es sei kaum zu erwarten, dass sich die Arbeitsfähigkeit

der Explorandin durch medizinische Massnahmen verbessern lasse. Auch wenn die Symptomatik sich körperlich manifestiere, liege den Symptomen eine psychogene Ursache zugrunde. Die Explorandin wehre den Zugang zu einer psychischen Ebene aber ab. Theoretisch wäre eine Psychotherapie notwendig, um die Explorandin an die versteckten Motive, welche die Symptomatik erzeugten, heranzuführen. Hierfür zeige sich die Explorandin jedoch nicht motiviert. Allenfalls könnte sich ein Versuch mit einem SSRI anstelle einer Obstipation fördernden Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum als für die Explorandin hilfreich erweisen. Aufgrund der Obstipation sollte auch eine Abklärung erfolgen, ob ein Anismus vorliege. In diesem Falle könnten physiotherapeutische Massnahmen wie Biofeedback hilfreich sein. Berufliche Massnahmen könnten angesichts der subjektiv fixierten Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung nicht sinnvoll durchgeführt werden (IV-Nr. 43.1).

3.18.2 Der allgemeininternistischen Beurteilung vom 29. Mai 2018 von Prof. Dr. med. Q.____ (FMH Allgemeine Innere Medizin, Fallführung) kann entnommen werden, aus aktuell nicht klar ersichtlichen Gründen sei es bei der Explorandin nach einer Operation am rechten Oberschenkel mit Glaskörperentfernung zu einer subjektiv sehr beeinträchtigenden Symptomatik mit täglich vorhandenen Bauchkrämpfen gekommen. Infolgedessen sei die Explorandin auch zunehmend untergewichtig geworden und weise aktuell einen BMI von nur 17,5 kg/m² auf. Da die Explorandin auch psychiatrisch und gastroenterologisch evaluiert werde, werde die Einschätzung der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit diesen beiden Fachdisziplinen überlassen. Die Explorandin habe bereits eine Vielzahl von medikamentösen Behandlungsversuchen hinter sich, welche allesamt nichts gebracht hätten. Ausserdem habe sie eine Atemtherapie und eine Psychotherapie durchgeführt, welche leider ebenfalls ohne Ergebnis geblieben seien. Anlässlich der Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise für Inkonsistenzen ergeben. Allerdings sei ein eigentlicher Leidensdruck während der Exploration nur selten spürbar gewesen. Oft habe die Explorandin gelächelt und aufgestellt gewirkt. Die Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen ergebe keine Diskrepanzen. Die Explorandin verfüge über eine abgeschlossene Lehre, was als Ressource zu werten sei. Leider habe sie die Hoffnung aufgegeben, auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeitstätig werden zu können (IV-Nr. 43.2 S. 8 ff.).

3.18.3 Ebenfalls am 29. Mai 2018 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. R.____, FMH Neurologie, neurologisch begutachtet. Die Beurteilung aus neurologischer Sicht lautete dahingehend, bei der Explorandin sei im Alter von sieben Jahren die Diagnose einer Absencen-Epilepsie gestellt worden. Man habe eine typische Anfallssemiologie und einen typischen EEG-Befund festgestellt. Es sei eine Behandlung mit Valproat eingeleitet worden, worauf die Explorandin gut angesprochen habe. Es sei zu einem Rückgang bis zum vollständigen Sistieren der Anfälle gekommen. Im Verlauf habe sich der EEG-Befund normalisiert. Das Ausschleichen der Valproat-Medikation sei ein Jahr später realisiert worden. Seitdem sei die Explorandin anfallsfrei. Im Jahr 2015 sei im C.____ eine erneute neurologische Abklärung wegen einer Fotosensibilität erfolgt. Die Explorandin habe beim Betrachten von PC- oder Fernsehbildschirmen vereinzelt ein Auftreten eines kurzen Schwindelgefühls registriert. Es sei dabei jedoch zu keiner Bewusstseinsstörung gekommen. Aufgrund der Angaben der Explorandin, dass sie in der Kindheit unter einer fotosensiblen Epilepsie gelitten habe, sei eine EEG-Ableitung erfolgt, welche einen unauffälligen Befund ergeben habe. Während der Fotostimulation habe kein pathologischer

Befund erhoben werden können. Die vorgeschlagene MRI-Untersuchung des Kopfes habe die Explorandin nicht durchführen lassen wollen. Aktuell berichte sie, dass sie helles Licht und flackernde Lichter als unangenehm empfinde. Es passiere ansonsten jedoch nichts und es sei nie zu Bewusstseinsstörungen oder Krämpfen gekommen.

Subjektiv im Vordergrund stünden aktuell chronische Bauchschmerzen und ■krämpfe. Aufgrund dieser Beschwerden sei das Arbeitstempo gering und die Explorandin habe Mühe, sich zu konzentrieren. Aus neurologischer Sicht seien diese Beschwerden nicht erklärbar. Es ergäben sich auch keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Epilepsie. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung sei eine erneute Ableitung eines EEG erfolgt, welches einen unauffälligen Befund ergeben habe. Im neurologischen Bereich finde man keine Symptome oder Funktionseinbussen, welche zu pathologischen Untersuchungsergebnissen führten. Da zurzeit kein relevantes neurologisches Leiden vorliege, könne hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität zu Einschränkungen im Alltag aus neurologischer Sicht nicht Stellung genommen werden. Das Epilepsieleiden, welches in der Kindheit vorgelegen sei, habe einen klassischen Verlauf gezeigt mit Sistieren der Anfallstätigkeit bei Erreichen der Adoleszenz. Diesbezüglich seien keine weiteren Massnahmen mehr notwendig und es seien keinerlei Auswirkungen in den Alltagsfunktionen zu erwarten. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Argumente, welche gegen die Durchführung von beruflichen Massnahmen sprächen (IV-Nr. 43.3).

3.18.4 Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. S.____, FMH Rheumatologie, hielt aufgrund seiner rheumatologischen Begutachtung vom 30. Mai 2018 fest, bei der 31-jährigen Explorandin sei im Februar 2015 ein Glasfremdkörper gluteal rechts exzidiert worden und gemäss anamnestischer Schilderung habe sich danach «eine funktionelle Darmstörung» entwickelt. Bezüglich einer Erkrankung des Bewegungsapparates seien Beschwerden verneint worden. Anfangs 2016 sei bei lateraler Calcaneodynie links bei Pes planovalgus beidseits eine Versorgung mit Schuheinlagen erfolgt. Klinisch finde sich eine stark untergewichtige Explorandin in gutem Allgemeinzustand, Beinlängenverkürzung links und konsekutive linkskonvexe WS-Skoliose, BWS-Hyperkyphose und aufgehobene Lendenlordose. Die Beweglichkeiten der Wirbelsäule seien allseitig frei und indolent, wobei eine Inklination des Oberkörpers wegen der Befürchtung einer Provokation von Abdominalschmerzen nicht ausgeführt werde. Es liege ein Knick-Senkfuss links mehr als rechts vor, der Barfussgang sei aber unbehindert. Abgesehen von einer allgemein schwach entwickelten Muskulatur sei die übrige Untersuchung des Bewegungsapparates unauffällig und auch der cursorische Neurostatus ergebe keine pathologischen Befunde. Insgesamt liege funktionell aus rheumatologischer Sicht aufgrund der Konstitution mit Untergewicht eine mässiggradig eingeschränkte körperliche Belastbarkeit vor. Beschwerden oder Befunde am Bewegungsapparat, welche die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit beeinflussen würden, seien nicht vorhanden. Die Behandlung der Fussdeformität mittels Schuheinlagen erfolge adäquat. Aus rein rheumatologischer Sicht seien bisher keine anderen Behandlungen durchgeführt worden und auch aktuell drängten sich aus rein rheumatologischer Sicht keine spezifischen Therapiemassnahmen auf. Aktuell finde sich ein Knick-Senkfuss links mehr als rechts, wobei die Explorandin keine lokalen Schmerzen schildere; klinisch zeige sich ein normaler Barfussgang. Aus rein rheumatologischer Sicht lasse sich aufgrund der Konstitution mit Untergewicht und allgemein schwach entwickelter Muskulatur eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeiten begründen, eine körperlich leichte bis mittelschwere Belastung sei aber ohne

Einschränkungen möglich (IV-Nr. 43.4).

3.18.5 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 30. Mai 2018 durch Dr. med. T.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wurde ausgeführt, eine eigentliche psychiatrische Behandlung habe bislang nicht stattgefunden. Offenbar hätten ca. vier oder fünf diagnostische Gespräche bei Dr. med. K.____ im Jahr 2016 stattgefunden, in welchen eine hypochondrische Störung diagnostiziert und der Verdacht auf das Vorliegen einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung geäußert worden sei. Zurzeit nehme die Explorandin gelegentlich Saroten ein. Im Moment gefalle ihr ihre Bürotätigkeit im [...] recht gut. Sitzend könne sie ein Pensum von 50 % bewältigen.

Zum psychiatrischen Befund wurde dargelegt, die Explorandin wirke vom äusseren Erscheinungsbild zunächst weitgehend unauffällig, im Gespräch falle dann eine hochneurotische abwehrende Verhaltensweise auf. Die sprachliche Verständigung sei problemlos. Die Explorandin erweise sich bei klarem Bewusstsein und sei zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert. Der Gedankengang entfalte sich formal geordnet und inhaltlich unauffällig. Hinweise für ein psychotisches Geschehen könne man nicht beobachten, insbesondere könnten Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen verneint werden. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis imponierten grobklinisch unauffällig. Konzentration und Aufmerksamkeit seien in genügendem Ausmass während der gesamten Untersuchungsdauer vorhanden. Die höheren Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle und Willensbildung erschienen intakt. Psychomotorisch präsentiere sich die Explorandin weder agitiert noch gehemmt. Im Affekt zeige sie parathyme Äusserungen, indem sie von heftigsten Darmkrämpfen berichte, aber gleichzeitig lache. Sie sei völlig auf diese Darmkrämpfe fixiert und wolle die Ursache auf die Darmregion eingengt verstehen. Jegliche Versuche seitens des Untersuchers, diese funktionellen Beschwerden in einen grösseren Zusammenhang der Persönlichkeit zu stellen, blocke die Explorandin vehement ab. Eine depressive Stimmung sei nicht erkennbar. Hinweise für schwer depressive Symptome mit vitaler Traurigkeit, Antriebsstörung oder Suizidgedanken bestünden nicht. Die Explorandin sei auch in der Lage, einen lebhaften eher oberflächlichen affektiven Rapport zu etablieren. Das Gespräch mit ihr verlaufe flüssig. Es träten keine Stimmungseinbrüche oder affektive Blockierungen auf. Die Fähigkeit zur Modulation der Affekte sei erhalten. Mimik und Gestik seien adäquat. Es bestehe der Verdacht auf eine neurotische Persönlichkeit.

Die psychiatrische Beurteilung lautete dahingehend, psychohereditäre Vorbelastungen seien nicht bekannt. Die Explorandin schildere eine sehr schöne Kindheit in harmonischen Familienverhältnissen. Es könne vermutet werden, dass die heutige Erwachsenenwelt mit dieser Harmonie aus der Kindheit nicht kompatibel sei. Während der Schule sei die Explorandin verlangsamt gewesen und habe eine Klasse repetiert. Sie habe eine Ausbildung als Floristin abschliessen können. Nach einer Oberschenkeloperation rechts mit Entfernung eines Glassplitters seien die abdominellen Krampferscheinungen aufgetreten. Somatischerseits sei eine funktionelle Darmstörung festgestellt worden. Bisherige Behandlungen seien erfolglos verlaufen. Auch eine psychiatrische Intervention sei nach kurzer Zeit abgebrochen worden. Aktuell könne eine autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes diagnostiziert werden. Ausserdem bestehe bei der Explorandin ein auffälliges parathymes und psychoneurotisches Verhalten. Ganz offensichtlich würden durch die Fixierung auf die Bauchkrämpfe dahinterliegende weiterreichende Motive

abgewehrt. Die Krankheitsdynamik sei als regressiv zu werten. Die Explorandin fixiere sich darauf, dass alle Behandlungen nichts nützen, nur Teetrinken helfe etwas.

Psychiatrischerseits hätten bislang vier Gespräche bei Dr. med. K.____ im November 2016 stattgefunden. Damals sei eine hypochondrische Störung festgestellt worden und der Verdacht auf eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung geäußert worden. Die Explorandin sei trotz ihres Alters von 30 Jahren auffällig eng an ihre Familie gebunden. Zu einer weitergehenden Behandlung habe es die Explorandin nicht kommen lassen. Gelegentlich setze sie Saroten 25 mg ein, jedoch nicht regelmässig. Die Explorandin sei während des Gesprächs völlig auf ihre Darmbeschwerden eingeengt geblieben. Die Darmbeschwerden seien mit dem geschilderten Alltag gut zu vereinbaren. Im Bericht von Dr. med. K.____ vom 18. November 2016 sei bereits die Diskrepanz zwischen den verschiedenen Ebenen (Symptom/Person) dargestellt worden. Die funktionelle Darmstörung zwingt die Explorandin wieder in eine Abhängigkeit zu den Eltern hinein. Offenbar diene sie einer Regression in eine harmonische Kindheit zurück. Gemäss aktueller Einschätzung könne die Arbeitsfähigkeit durch psychiatrische Massnahmen nicht verbessert werden. Die Krankheitssymptomatik liege auf der somatischen Ebene, die Ursachen hingegen bestünden auf einer psychischen Ebene. Die Explorandin wehre den Zugang zu einer psychischen Ebene ab. Theoretisch wäre eine Psychotherapie notwendig, welche die Explorandin an die versteckten Motive, welche die Symptomatik erzeugten, herantühre. Berufliche Massnahmen könnten nicht empfohlen werden (IV-Nr. 43.5).

3.18.6 In der gastroenterologischen Begutachtung von Dr. med. U.____, FMH Gastroenterologie, vom 6. Juni 2018 wurde im Rahmen der gastroenterologischen Befragung dargelegt, seit 1,5 bis 2 Jahren bestünden ständige Bauchschmerzen, vor allem im rechten Abdomen. Die Explorandin könne deswegen nicht gut stehen, im Sitzen gehe es ihr besser. Die Beschwerden seien nach einer Operation aufgetreten. Bei der Operation habe es sich um die Entfernung eines Glassplitters im Bein gehandelt, bei welcher eine Rückenmarkanästhesie durchgeführt worden sei. Nach den Angaben der Explorandin habe sie morgens starke Bauchkrämpfe, eine Kombination von verschiedenen Tees, manchmal auch Kaffee, helfe. Sie brauche eine gewisse Zeit, bis sie so gegen 11:00 Uhr zur Arbeit nach [...] fahren könne, wo sie in einem [...] arbeite. Die Beschwerden besserten während des Tages. Eine diätetische Behandlung mit FODMAP habe wenig geholfen, allgemein vertrage sie Ballaststoffe nicht gut. Zeitweise sei sie mehr verstopft gewesen, auch wegen Medikamenten, die sie habe einnehmen müssen. Aktuell stehe dies nicht im Vordergrund. Es bestünden Oberbauchbeschwerden seit 1 ½ bis 2 Jahren, welche nach einem kleinen peripheren Eingriff unter Rückenmarksanästhesie aufgetreten seien. Diese träten im Stehen vermehrt auf. Die Explorandin habe verschiedene Schmerzmittel ausprobiert, inklusive Dismenol und Resolor bei Verstopfung. Die Verstopfung sei unter Amitriptylin verstärkt gewesen, weswegen dieses mit Laxantien ergänzt worden sei. Eine Therapie mit Venlafaxin sei wegen fehlender Wirkung wieder abgesetzt worden. Eine Gastroskopie vom 25. Oktober 2015, eine Sonographie vom 2. Dezember 2015 sowie eine Koloskopie vom 9. Dezember 2015 seien unauffällig gewesen. Ein Laktoseintoleranz-Test vom 11. Juli 2016 sei normal ausgefallen. Die Abdomensonographie vom September 2017 sei wiederum unauffällig gewesen. Aktuell helfe die Explorandin im Büro in der Buchhaltung im [...] [...]. Sie sei ehemals Floristin, den Beruf könne sie wegen der Bauchbeschwerden seit 1,5 Jahren nicht mehr ausüben. Leichte Haushaltarbeit könne sie durchführen und werde dabei von der Familie unterstützt. Wäschewaschen sei ihr nicht möglich. Sie könne aber Einkäufe mit dem Auto machen. In erster Linie wünsche sie sich bessere Medikamente gegen Schmerzen

und die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen zu arbeiten. Unter diesen Umständen könne sie sich eine 50%ige Arbeit im Rahmen von Büro oder Buchhaltung vorstellen.

Zu den gastroenterologischen Untersuchungsbefunden wurde angegeben, das Abdomen sei weich, diffus druckdolent und die Darmgeräusche seien normal. Es bestünden keine Organomegalie und auch keine Resistenzen. Das Gewicht betrage 46 kg. Der gastroenterologische Gutachter stellte die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «chronisch abdominale Schmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 R10.4)» sowie «chronische Obstipation (ICD-59.0), teilweise medikamentös bedingt» und hielt im Rahmen seiner gastroenterologischen Beurteilung fest, nach einer Rückenmarksanästhesie vor 1,5 Jahren seien Bauchschmerzen aufgetreten, welche trotz aller medikamentöser Therapien und Diätversuche persistierten. Diese seien vor allem am Morgen vorhanden und flauten während des Tages ab. Im Stehen seien sie verstärkt. Zeitweise spiele auch eine Obstipation eine Rolle, welche zumindest zeitweise als sekundär aufgrund von trizyklischen Antidepressiva erklärt werden könne. Von dieser Seite sei die aktuelle Therapie genügend. Die Bauchschmerzen seien aber deswegen nicht besser geworden. Die Obstipation sei beherrschbar. Die Bauchschmerzen, welche für die Explorandin im Vordergrund stünden, persistierten aber. Somit lasse sich hier kein klarer Zusammenhang erkennen. Bisherige Behandlungen hätten keine Auswirkung auf die Bauchschmerzen gehabt, für die auch keine organische Ursache gefunden worden sei. Von daher sei es unwahrscheinlich, dass für diese eine hilfreiche Therapie gefunden werde.

Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität aus gastroenterologischer Sicht lautete dahingehend, die Beschwerden seien konsistent. Aufgrund der gastroenterologischen Untersuchungsbefunde, auch von vorgängigen Endoskopien und Sonographien, bei welchen keine objektiv fassbaren Veränderungen gefunden worden seien, liessen sich die Beschwerden nicht plausibel erklären. Der von der Explorandin vermutete Zusammenhang mit einer Rückenmarksanästhesie sei gewiss nicht typisch und somit nicht erklärbar. Auch im Alltag bestünden gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen. In einem IV-Bericht der Gastroenterologie des L.____ [...] vom 10. Oktober 2017 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % beschrieben worden, welche durch eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit um 50 % zusätzlich vermindert sei. Dies sei rein gastro-enterologisch nicht nachvollziehbar, da keine objektiven Befunde vorhanden seien, die eine so hohe Einschränkung begründen könnten. Auf die Schmerzaktivität könne die Explorandin offenbar keinen Einfluss nehmen. Bisherige medikamentöse Therapien hätten ebenfalls nicht gefruchtet. Hingegen bestehe die Möglichkeit, dass psychosomatische Entspannungstherapien zur Besserung der Beschwerden beitragen könnten. Zu solchen Behandlungen wäre die Explorandin im Stande und dazu motivierbar.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt der Teilgutachter aus gastroenterologischer Sicht fest, die früher ausgeübte Tätigkeit als Floristin, welche vorwiegend stehender Natur sei und Kundenkontakte beinhalte, erscheine für die Explorandin aufgrund ihrer geklagten Beschwerden nicht geeignet. Objektiv bestehe gastroenterologisch jedoch kein Grund, weshalb sie nicht 8 Stunden präsent sein könnte. Wegen intermittierend verstärkten Schmerzen bestehe ein erhöhter Pausenbedarf. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 80 %. Diese Arbeitsfähigkeit sei seit 1,5 Jahren unverändert. Zu einer angepassten Tätigkeit wurde angegeben, die Tätigkeit sollte bevorzugt vorwiegend im Sitzen durchgeführt werden

mit der Möglichkeit von Pausen und flexiblen Arbeitszeiten. Diese Vorgaben seien jedoch nicht im engeren Sinne gastroenterologisch zu begründen. Bei einer solchen Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von 8 Stunden pro Tag möglich. Es bestehe eine Leistungseinschränkung von 10 % wegen der benötigten Pausen. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe damit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % seit 1,5 Jahren.

Unter dem Titel «Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» wurde dargelegt, die Arbeitsfähigkeit könnte noch durch medizinische Massnahmen theoretisch relevant verbessert werden. Faktisch werde die Explorandin wohl wegen der psychosomatischen Fixierung nicht auf eine Behandlung eintreten. Die medikamentösen Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden. Statt Amitriptylin, welches obstipierend wirke, könnten andere Psychopharmaka, insbesondere SSRI, eingesetzt werden. Aufgrund der Obstipation sollte auch eine Abklärung erfolgen, ob ein Animus vorliege. In diesem Falle könnten physiotherapeutische Massnahmen wie Biofeedback hilfreich sein. Ebenfalls sollten formal eine akute Porphyrie und eine Blei-Intoxikation ausgeschlossen werden. Schliesslich seien psychosomatische Entspannungstherapien eine Option. Als berufliche Massnahme wäre eine Vermittlung einer sitzenden Tätigkeit, zum Beispiel im Büro (Buchhaltung), sinnvoll (IV-Nr. 43.6).

3.18.7 Die neuropsychologische Beurteilung (Untersuchung vom 5. Juli 2018) wurden von V.____, MSc Neuropsychologie, und lic. phil. W.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, zusammenfassend wie folgt dargelegt: Die Explorandin verfüge über eine knapp im Durchschnitt liegende Intelligenz. Diese Einschätzung lasse sich auch mit den biographisch-anamnestischen Informationen (Versetzen in die Kleinklasse auf Primarstufenniveau, Besuch der Werkklasse, danach Realschulabschluss und 10. Schuljahr, Ausbildung zur Floristin) vereinbaren. Auf hirnfunktioneller Ebene weise die Explorandin fast ausschliesslich im Bereich Gedächtnis und Sprache Defizite auf. In der Analyse der Testbefunde auf Gültigkeit und Konsistenz zeigten sich durchwegs unauffällige Resultate. Auch in der Symptomvalidierung zeigten sich bei allen durchgeführten Tests unauffällige Resultate. Es könne insgesamt von einer genügend guten Leistungsmotivation und validen Testbefunden ausgegangen werden. Aus neuropsychologischer Sicht seien keine Massnahmen notwendig (IV-Nr. 43.7).

3.19 In einer kurzen Stellungnahme vom 24. September 2018 zu den Ergebnissen der oben wiedergegebenen Begutachtung vom 27. August 2018 legte Dr. med. O.____ dar, die Patientin sei am 17. September 2018 zu einer Besprechung der wichtigsten Punkte einbestellt und es seien mit ihr die aktuell möglichen beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen diskutiert worden: Eine 50%ige Erwerbstätigkeit in einem geschützten Rahmen scheine vorerst realistisch zu sein. Dabei seien hauptsächlich Tätigkeiten in Betracht zu ziehen ohne Heben von Lasten und ohne grössere, körperliche Anstrengungen in wechselnden Positionen; eine vorwiegend sitzende Tätigkeit im Büro, computerunterstützt, wäre zu bevorzugen. Längeres Stehen am Ort verstärke die chronischen Schmerzen rasch und sei der Patientin nicht zuzumuten. Neben einer leichten Arbeit wie beschrieben im geschützten Rahmen sei die Ausrichtung einer halben IV-Rente zu empfehlen, da die Patientin in der freien Wirtschaft kaum vermittelt werden könne (IV-Nr. 46).

3.20 Im Bericht des M.____ [...], Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N.____, Leitender Arzt) vom 29. Oktober 2018 wurde folgende Diagnose gestellt: «Viszerale Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie,

DD Bauchwandschmerz, Histaminintoleranz, Abdomensonographie 09/2017: unauffällig, Laktoseintoleranztest 11.07.2016: Hinweise auf Hydrogen Non Producer Typ, Koloskopie am 09.12.2015 (C.____): Unauffällig inklusive Stufenbiopsie, Sonographie am 02.12.2015: Unauffällig, Gastroskopie am 25.10.2015: Unauffällig. Kein H.p., Besserung durch FODMAP-Diät, keine wesentliche Verbesserung durch Constella, Resolor, Cipralex, Saroten ret». Zum aktuellen Leiden wurde angegeben, die Patientin berichte über eine Verbesserung des Schlafverhaltens seit Einnahme von Remeron. Vermehrten Appetit oder Gewicht zugenommen habe sie nicht. Weiterhin habe sie vor allem im Stehen oder bei Belastung der Bauchmuskulatur Schmerzen im rechten Oberbauch. Im Sitzen bestünden deutlich weniger Schmerzen. Auch das Trinken von Tee und langsames und bewusstes Atmen hülfe. Das Essen gehe gut. Der Stuhlgang sei regelmässig. Immer wieder habe sie allerdings einen stark geschwollenen Bauch («wie schwanger») ohne Windabgang.

Die Beurteilung lautete dahingehend, alle bisherigen Therapieversuche (u.a. mittels Iberogast, Constella, Resolor, Cipralex und Saroten) hätten die Beschwerden der Patientin gar nicht oder nur minimal beeinflussen können. Die Einnahme von Remeron scheine nun zumindest zu einem verbesserten Schlafverhalten zu führen. Nach wie vor gebe die Patientin allerdings teils immobilisierende Schmerzen im rechten Hemiabdomen an, welche nur durch körperliche Ruhe, lokale Wärme und Teetrinken rückläufig seien. In der aktuellen klinischen Untersuchung habe sich eine Druckdolenz des rechten Unterbauchs gezeigt und ein positives Carnett's Sign. Hinweise auf ein akutes Abdomen ergäben sich aber nicht. Dennoch könnten die aktuellen Befunde auf eine Mitbeteiligung der Bauchwand hindeuten, weshalb im weiteren Verlauf allenfalls eine probatorische Infiltrationstherapie derselbigen in Frage kommen könnte. Hauptverantwortlich für die Beschwerden der Patientin scheine jedoch eine viszerale Hypersensitivität zu sein, welche die Patientin glaubhaft in ihrem Alltag einschränke. Da differentialdiagnostisch eine Histaminintoleranz zumindest aggravierend sein könnte, sei aktuell probatorisch Xyzal rezeptiert worden (IV-Nr. 53).

3.21 In seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 11. Dezember 2018 stellten Dr. med. N.____ neu die Diagnose «Schwere abdominell-viszerale Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie» und «Komponente Histaminintoleranz». Die weiteren Diagnoseangaben lauteten gleich wie im oben wiedergegebenen Bericht vom 29. Oktober 2018. Zur Beurteilung legte Dr. med. N.____ dar, die Patientin befinde sich seit August 2017 wegen der obgenannten Erkrankung in ambulanter Betreuung. Trotz diverser medikamentöser Therapieansätze habe das Beschwerdebild bisher nicht soweit stabilisiert werden können, dass eine Fortführung der beruflichen Tätigkeit im angestammten Umfeld möglich wäre. Die medizinische Situation werde weiterhin als so eingeschränkt beurteilt, dass eine Arbeitsfähigkeit aktuell nicht gegeben sei. Von einer baldigen signifikanten Besserung sei nicht auszugehen, da es sich bei einer viszeralen Hypersensitivität, welche im aktuellen Fall stark ausgeprägt sei, um eine chronische Erkrankung handle, welche in den besten Fällen symptomkontrolliert, jedoch nicht geheilt werden könne. Bezüglich der aktuellen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 57).

3.22 In der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Stellungnahme des D.____ (Prof. Dr. med. Q.____, Dr. med. U.____ und Dr. med. X.____, Ärztliche Leitung) vom 21. Januar 2019 wurde festgehalten, in den bei der D.____-Begutachtung schon vorliegenden Berichten der Gastroenterologie im M.____ [...] (M.____) sei von einem «Verdacht auf functional abdominal pain syndrome» geschrieben worden, was früher in der medizinischen

Umgangssprache als «Colon irritabile» bezeichnet worden sei. Ein Jahr nach dieser Zuordnung im M.____ sei bei der gleichen objektiven Faktenlage, neue objektive Befunde seien seit November 2017 nicht aufgetreten, durch die Gastroenterologie im M.____ nun von einer «schweren abdominell-viszeralen Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie» gesprochen worden. Es erstaune doch immer wieder, wie medizinische Kollegen ungemein komplex und gefährlich tönende neue «Diagnosen» bzw. Umschreibungen fänden für Dinge, die letztlich somatisch nicht erklärbar seien. Weiterhin könne aus gastroenterologischer Sicht von einem Colon irritabile gesprochen werden, was redundant sei zu autonomen somatoformen Funktionsstörungen des Gastrointestinaltraktes. Wie die Gastroenterologie im M.____ aus diesen Nicht-Befunden eine volle Arbeitsunfähigkeit ableiten könne, dies notabene aus somatischer Sicht, könne in keiner Weise nachvollzogen werden. Möglicherweise sei dies mitbedingt durch die hausärztliche Intervention durch Dr. med. P.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin. Diese habe sich letztlich dafür eingesetzt, dass ihre Patientin lediglich zu 50 % ■ und dies erst noch nur im geschützten Rahmen ■ tätig sein könnte. Sie habe sich auch konkret mit einer Mail an die Gastroenterologie im M.____ gewendet, dass doch dort unbedingt die gleiche Arbeitsfähigkeit beziehungsweise -unfähigkeit bestätigt werden sollte. Zusammenfassend könne nach Durchsicht der nachträglich eingegangenen Unterlagen die im Gutachten bestätigte Arbeitsfähigkeit vollumfänglich bekräftigt werden. Es bestünden keinerlei objektive Befunde, die eine relevante somatische Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (IV-Nr. 60).

3.23 Auf eine entsprechende, nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgte Anfrage des Vertreters der Beschwerdeführerin nahm PD Dr. med. N.____ mit E-Mail vom 27. März 2019 dahingehend Stellung, das D.____-Gutachten werde dem Leiden, dem die Patientin ausgesetzt sei, nicht gerecht. Die Art und Weise der Formulierungen sei bedenklich und nicht im Sinne einer objektiven Gutachtensführung (IV-Nr. 65 S. 22).

3.24 Mit E-Mail vom 5. April 2019 äusserte sich PD Dr. med. N.____ dahingehend, das D.____-Gutachten gebe weder Krankheitsbild noch Leidensdruck der Patientin adäquat wieder. Es sei daher abzulehnen. Die medizinische Beurteilung sei aus gastroenterologischer Sicht fehlerhaft und das Gesamtkonzept der Erkrankung sowie der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien insuffizient dargestellt worden. Als klinischer und wissenschaftlicher Experte auf dem Gebiet der Neurogastroenterologie sei das Gutachten zurückzuweisen. Aus seiner Sicht müsse ein Gutachten einer im Krankheitsgebiet der Patientin kompetenten Instanz angefordert werden (national z.B. Prof. Dr. med. U.____, Gastroenterologe, Leiter International Office M.____ [...], international z.B. Prof. [...] [...], Direktor Center für Digestive Disorders, [...], [...]). Die Explorandin sei aufgrund starker Schwankungen ihrer Hauptsymptomatik, namentlich stärkster abdomineller Schmerzen, die unvorhergesehen aufträten/änderten, und insuffizienter Schmerzverarbeitung zu keiner regelmässigen Arbeitstätigkeit fähig. Somit sei eine leidensangepasste Tätigkeit leider nicht realistisch. Die Patientin befinde sich seit vielen Jahren in ärztlicher Behandlung infolge ihrer schwerwiegenden Symptome. Die Patientin habe sich aus eigenem Antrieb auch bei auf diesem Gebiet hochspezialisierten Kollegen im Ausland bezüglich alternativer Therapien erkundigt und Optionen gesucht, ohne dass jemals eine adäquate Behandlungsmöglichkeit für die Patientin habe gefunden werden können. Der Gesundheitszustand der Patientin sei auf undulierend tiefem Niveau. Durch sämtliche Beeinflussungsmassnahmen, inklusive Einsatz potenter Antidepressiva im Sinne viszeraler

Analgetika, sei bislang keine dauerhaft positive Beeinflussung zu erreichen gewesen. Die Patientin sei daher als 100 % arbeitsunfähig einzustufen (IV-Nr. 65 S. 23 f.).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer 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 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 2.6 Die

behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere 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 Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es bestehe bei ihr ein invalidisierendes Leiden, das zu einem Anspruch auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen führe. Eventualiter sei die Sache zur ordnungsgemässen Abklärung und Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Dem Bericht des C.____ vom 19. Januar 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Status nach tiefer Glasschnittverletzung rechts vor ca. 9 Jahren, Ischialgiforme Beschwerden, Status nach Einlagenversorgung zur Korrektur der Beinlängendifferenz und Korrektur des Valgus rechts». Im Weiteren wurde dargelegt, die Anamnese sei etwas konfus. Die Patientin gebe an, im Jahr 2004 auf ein Weinglas gesessen und dabei eine tiefe Schnittwunde erlitten zu haben, die durch einen Hausarzt versorgt worden sei. Die Schnittwunde sei an der Grenze vom Gesäss zum Oberschenkel rechts lokalisiert und gemäss Angabe des Hausarztes bis zu 6 cm tief gewesen. Man habe eine Glasscherbe entfernen können. Seit damals habe die Patientin über wechselnde Schmerzen im Bereich gluteal, infragluteal und Oberschenkel dorsal berichtet. Zum Teil seien die Schmerzen ausstrahlend bis zum Beckenkamm und gegen die Kniekehle gewesen, sodass auch eine Ischiasreizung postuliert worden sei. Im Rahmen einer Ultraschall-Untersuchung sei ein verdächtiger Fremdkörper infragluteal rechts in einer Tiefe von 1,5 cm gefunden worden. Ob die Beschwerden, welche die Patientin angebe, effektiv auf diesen Fremdkörper zurückzuführen seien, könnte man sich theoretisch vorstellen (IV-Nr. 31 S. 46 f.). Am 25. Februar 2015 wurde die Beschwerdeführerin im C.____ operiert (Präoperative sonographische Markierung, Exzision des Glasfremdkörpers; IV-Nr. 31 S. 48).

3.2 Aus dem Bericht des C.____ vom 17. Juli 2015 gehen folgende Diagnosen hervor: «Vd. a. cerebrale Photosensibilität (H53.1), anamnestisch St. n. photosensibler Epilepsie mit St. n. anfallsunterdrückender Behandlung 1996 bis 2000». Die Beurteilung lautete dahingehend, die vorliegende EEG-Untersuchung vom 8. Juli 2015 liefere keine Hinweise auf das Vorliegen einer aktiven Epilepsie. Ebenfalls seien keine auffälligen Paroxysmen während der Photostimulation beobachtet worden. Zur Weiterabklärung sei der Patientin dennoch die Durchführung eines Schädel-MRI's empfohlen worden, womit die Patientin jedoch unbedingt noch habe zuwarten wollen (IV-Nr. 31 S. 42 f.).

3.3 Am 23. November 2015 musste die Beschwerdeführerin auf der Notfallstation des C.____ wegen unklarer Bauchschmerzen behandelt werden (IV-Nr. 31 S. 36). Aus dem Bericht des C.____ vom 18. November 2015 über die am 16. November 2015 durchgeführte ambulante Ösophago-Gastroduodenoskopie geht hervor, laut Patientin bestünden seit mehreren Monaten rezidivierende Oberbauchbeschwerden, hauptsächlich im Sinne postprandial verstärkter, Nahrungsmittel unabhängiger epigastrischer Schmerzen inkl. dem subjektiven Gefühl eines «harten

Bauches». Es sei dann das Aufgebot zur erstmaligen Durchführung einer oberen endoskopischen Standortbestimmung erfolgt. Zusätzliche wegweisende GI-Auffälligkeiten hätten nicht angegeben werden können (u.a. unauffälliges Stuhlverhalten u.a.). Es bestehe kein Hinweis auf das Vorliegen einer B-Symptomatik oder sonstiger Alarmsymptome. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, sowohl makroskopisch als auch histologisch bestehe ein unauffälliger bzw. nicht wegweisender Befund in den eingesehenen Abschnitten von Ösophagus, Magen und Duodenum. Insbesondere bestehe kein Ulkus-, Blutungs-, TU- oder höhergradig florider Entzündungsnachweis. Zusammenfassend lasse sich in der aktuellen Untersuchung kein morphologisches Korrelat bzgl. der Beschwerden erheben (DD nicht-erosive Refluxösophagitis oder funktionelle Dyspepsie; IV-Nr. 19 S. 8).

3.4 Im Bericht des C.____ vom 2. Dezember 2015 über die gleichen Tags durchgeführte Sonografie des Abdomens wurde angegeben, es bestehe eine unauffällige Abdomensonographie (IV-Nr. 19 S. 5).

3.5 Laut dem Bericht des C.____ vom 14. Dezember 2015 über die ambulante Ileo-Koloskopie vom 9. Dezember 2015 bestand sowohl endoskopisch als auch histologisch ein unauffälliger ileo-koloskopischer Untersuchungsbefund. Aufgrund der Anamnese und der vorliegenden Befunde (Gastro- und Koloskopie, Sono Abdomen) handle es sich am ehesten um funktionelle Beschwerden im Sinne eines Reizdarmsyndroms. Damit sei auch gut vereinbar, dass die Patientin nach der Anpassung ihrer Diät bereits eine Beschwerdelinderung festgestellt habe. Primär sei ein exspektatives Vorgehen angezeigt (IV-Nr. 19 S. 1 f.).

3.6 Aus dem Bericht des E.____ vom 21. Januar 2016 geht folgende Hauptdiagnose hervor: «Laterale Kalkaneodynie links, überlastungsabhängig bei Pes plano valgus beidseits». Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin leide seit vielen Jahren an belastungsabhängigen, lateralen Fersenschmerzen plantar. Aus diesem Grund stehe sie kaum auf die linke Ferse und versuche im Alltag als Floristin, alleine auf dem rechten Fuss zu stehen. Sie habe sich in Eigenregie sensomotorische Schuh-Einlagen nach Mass anfertigen lassen, womit es bereits deutlich besser gehe. Ansonsten habe sie keine Beschwerden. Zur Beurteilung wurde dargelegt, es sei von einer belastungsabhängigen Kalkaneodynie unter dem lateralen Kalkaneus links auszugehen, bedingt durch die massive Valgusfehlstellung des Rückfusses bei Pes plano valgus. Die mitgebrachten sensomotorischen Einlagen seien nicht genügend hilfreich. Es werde die Anfertigung von neuen Schuheinlagen mit Fussbettung nach Mass und guter medialer Unterstützung des Längsgewölbes zur Redression des Rückfusses durch einen ausgebildeten Orthopädie-Schuhmacher empfohlen (IV-Nr. 31 S. 31 f.).

3.7 Dr. med. F.____, Facharzt für Gastroenterologie und Hepatologie, hielt in seinem Bericht vom 22. August 2016 folgende Diagnosen fest: «1. Funktionelle Blähungen; 2. Mehrfachunverträglichkeit gemäss Patientin: Ausschluss einer organischen gastrointestinalen oder abdominalen Pathologie, Ausschluss einer Laktoseintoleranz (fehlender Anstieg der H₂-Atemluftkonzentration ohne Beschwerden nach Einnahme von 50 g Laktose)». Die Beurteilung lautete dahingehend, bei der Patientin bestünden funktionelle Blähungen. Leider hätten die symptomatischen Therapieversuche nichts gebracht. Eine organische Erkrankung könne ausgeschlossen werden. Im Weiteren bestehe zweifelsfrei eine psychische Überlagerung. Die Patientin kralle sich an ihrem Krankheitskonzept fest und lasse sich auch durch Aufzeigen gegenteiliger Evidenz (negative Untersuchungsbefunde etc.) nicht davon abbringen, dass jetzt etwas «geschehen» müsse. Bei diesem Krankheitsbild bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Dies sei auch der Taggeldversicherung so mitgeteilt worden. Zur Zeit bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, diese müsse aber gutachterlich festgestellt werden (IV-Nr. 31 S. 25 f.).

3.8 Gemäss dem Bericht von Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für ORL, vom 22. August 2016 war die Beschwerdeführerin vom 31. Mai bis 22. August 2016 bei ihr in Abklärung wegen eines Globusgefühls. Sie habe berichtet, seit etwa März 2016 beim Schlucken im Hals auf der rechten Seite paralaryngeal einen Knoten zu verspüren. Dieser sei nach einer Erkältung aufgetreten. Auch beim Liegen auf dem Rücken sei dieses Gefühl sehr unangenehm. Eine eigentliche Dysphagie bestehe nicht, auch habe sie keine Schluckschmerzen. Seit einem halben Jahr sei ihr Gewicht um etwa 3 kg zurückgegangen, da sie ihre Kost wegen einer Laktoseunverträglichkeit zusammen mit einer Ernährungsberaterin umstellen werde. Zur Beurteilung wurde angegeben, das durchgeführte CT des Halses habe absolut unauffällige Befunde gezeigt. Zusammenfassend bestehe die Überzeugung, dass es sich um ein funktionelles Problem handle. Aufgrund des zwischenzeitlichen Verlaufs sei davon auszugehen, dass noch grössere psychologische Probleme dahinter stecken könnten, als primär vermutet. Es habe zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit bestanden und der Patientin sei auch nie ein entsprechendes Zeugnis ausgestellt worden (IV-Nr. 31 S. 23 f.).

3.9 Gemäss dem Bericht des H.____, I.____, dipl. Logopädin, vom 28. September 2016 besteht als Hauptdiagnose eine funktionelle Schluckstörung mit Gewichtsverlust. Unter dem Titel Beurteilung wurde vermerkt, die Patientin kenne Tricks und Übungen, um auf funktioneller Ebene der weiterhin bestehenden punktuellen Verhärtung am Hals zu begegnen und Druck beim Schlucken abzubauen. Ein lockeres Schlucken ohne Fehlkompensation sei grundsätzlich möglich trotz Schmerzsymptomatik. Auch wenn ein mechanischer Auslöser vorhanden sei, der die Schmerzen erklären könne, sei eine psychogene Überlagerung im Sinne einer psychogenen Dysphagie nicht auszuschliessen. Aus logopädischer Sicht stehe einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nichts im Wege. Eine erfüllende Beschäftigung und Tagesstruktur könnte sich eher sogar positiv auf den weiteren Verlauf auswirken. Die Logopädie könne in gegenseitigem Einverständnis vorerst abgeschlossen werden (IV-Nr. 31 S. 20 f.).

3.10 Prof. Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, stellte in seinem Bericht vom 2. November 2016 die Diagnose «Unklares Globusgefühl cervical rechts m/b: keine morphologische Ursache erkennbar, sonographisch diskrete Verkalkung am Schildknorpel rechts» und führte aus, ein anatomisch morphologisches Korrelat für die von der Patientin angegebenen Beschwerden finde sich nicht. Eine operative Entfernung des «verkalkten» Schildknorpelanteils, wie von der Patientin gewünscht, sei strikt abgelehnt worden (IV-Nr. 31 S. 19).

3.11 Med. pract. K.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in ihrem Bericht vom 18. November 2016 folgende Diagnosen fest: «Hypochondrische Störung, Verdacht auf ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung». Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin sei schwer auf ein anderes Thema als ihre körperliche Missempfindung (Schluckbeschwerden) zu lenken. Sie sei trotz ihres Alters von 30 Jahren noch auffällig eng an ihre Familie angebunden und neige ausserfamiliär zu Einzelgängertum. Es seien verschiedene soziale Ängste zu vermuten, welche die Patientin durch die ausgiebige Beschäftigung mit ihrem Körper abwehre. Die Patientin sei seit dem 1. November 2016 wieder zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 31 S. 18).

3.12 Aus dem Bericht des L.____ vom 23. März 2017 gehen folgende Diagnosen hervor: «1. Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp, Sonographie des Abdomens vom 02.12.2015 (C.____): unauffällig, Gastroskopie vom 25.10.2015 (C.____): unauffällig, histologisch unauffällig, Helicobacter pylori negativ, Ileokoloskopie vom 09.12.2015 (C.____): unauffällig, histologisch normale Kolonschleimhaut, H2-Laktose-Atemtest vom 11.07.2016: negativ». Im Rahmen der

Beurteilung wurde dargelegt, bei der Patientin stehe ein ausgeprägtes Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp mit zusätzlich Blähungssymptomatik im Vordergrund. Umfangreiche Abklärungen in der Vorgeschichte hätten bislang keine organische Ursache der Erkrankung zu Tage geführt, weshalb eine erneute laborchemische, endoskopische oder radiologische Aufarbeitung nicht im Vordergrund stehe. Bezüglich der Obstipation, die nur mit verschiedenen Abführmassnahmen zu kontrollieren sei, sei der Patientin der Einsatz von Constella (Linaclotid) vorgeschlagen worden. Dieses Medikament bewirke einerseits einen aktiven Einstrom von Salz in das Darmlumen, womit es zu einer osmotischen, abführenden Wirkung komme, und andererseits zu einer Modulation der afferenten Nervenfasern, wodurch eine Verbesserung der Abdominalschmerzen beim Reizdarmsyndrom erreicht werden könne (IV-Nr. 31 S. 12 f.). 3.13 Aus dem Bericht des M.____ [...], Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N.____, Oberarzt), vom 21. September 2017 über die gleichen Tags durchgeführte Abdomensonographie geht folgende Diagnose hervor: «Unauffällige Sonografie Abdomen» (IV-Nr. 31 S. 10 f.). 3.14 Im Bericht des L.____, Gastroenterologie, zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 10. Oktober 2017 wurde folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Reizdarmsyndrom vom Obstipationstyp». Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Behandlung habe vom 11. Juli 2016 bis 20. Juni 2017 gedauert. Auf dem Beiblatt zum vorerwähnten Arztbericht wurde angegeben, die Beschwerdeführerin könne wegen abdominaler Schmerzen nicht arbeiten, wenn diese vorhanden seien (intermittierendes Auftreten). Die bisherige Tätigkeit als Floristin sei im Ausmass von 50 % zuzumuten, wobei eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Andere Tätigkeiten seien ihr ebenfalls zuzumuten, wobei auf flexible Arbeitszeiten zu achten sei. Eine solche Tätigkeit sei während mindestens 4 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 25). 3.15 Der Beurteilung im Bericht des M.____ [...], Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N.____), vom 29. November 2017 kann entnommen werden, seit der letzten Konsultation im August 2017 sei leider keine Beschwerderegredienz eingetreten. Im Vordergrund stünden die Abdominalschmerzen, welche sich durch die viszeroanalgetische Therapie mit Amitryptilin nicht verbessert habe. Da auch eine Dosiserhöhung keine wesentliche Regredienz habe erzielen können, werde ein Präparatwechsel auf das ebenfalls modulierende viszeroanalgetisch wirkende Venlafaxin vorgenommen. Zudem werde Iberogast hochdosiert rezeptiert, welches ebenfalls krampflösend wirke. Aufgrund der wieder zunehmenden Obstipationsproblematik sei eine Dosiserhöhung des Resolors initiiert worden. Eine Verlaufskontrolle und Planung des Procederes erfolge in der Sprechstunde in ca. 10 Wochen (IV-Nr. 31 S. 8 f.). 3.16 Der Hausarzt Dr. med. O.____ (Praxis [...], Dr. med. P.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin) stellte in seinem Bericht vom 18. Dezember 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Verdacht auf Functional Abdominal Pain Syndrom, mögliches Overlap mit Irritable Bowel Syndrom und FODMAP Unverträglichkeit». Die weiteren Diagnosen (Verdacht auf zerebrale Fotosensibilität (DD iktale Genese) 07/15, anamnestisch St.n. fotosensibler Epilepsie und St.n. anfallsunterdrückender Behandlung 1996 – 2000, unklares Globusgefühl zervikal rechts ohne morphologische Ursache 11/16, Laterale Calcaneodyn timer links überlastungsbedingt bei Pes plano valgus bds. 01/16, St.n. Entfernung eines Glasfremdkörpers in der Glutealmuskulatur rechts 25.02.2015) haben nach den Angaben des Hausarztes keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren attestierte er eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Mai bis 31. August 2016 und eine solche von 50 % vom 1. September 2016 bis unbekannt; sodann erneut eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit vom 24. August bis 3. September 2017 und eine solche von 50 % vom 4. September 2017 bis auf weiteres/unbestimmt. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, wegen Bauchbeschwerden und ständigen Schmerzen, verbunden auch mit Appetit- und Kraftlosigkeit, habe die Arbeit als Floristin bereits lange Zeit nur beschränkt in einem reduzierten Arbeitspensum bewältigt werden können. Die Patientin sei arbeitslos. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Schmerzen seien durch körperliche Arbeit, Putzarbeiten und auch durch grosse Hitze verschlimmert worden. Bei längerem Stehen entstünden sehr starke Bauchkrämpfe. Aufgrund ihrer krampfartigen Bauchschmerzen sei auch ihre Konzentrationsfähigkeit und geistige Leistungsfähigkeit mit Auffassungsvermögen vermindert. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Der Patientin seien andere Tätigkeiten zuzumuten. Eine 50%ige handwerkliche Tätigkeit ohne repetitive Bewegungen wäre möglich. Die Arbeitsstelle sollte ständig wechselnde Positionen ermöglichen (Sitzen, Stehen, Gehen) und auch immer wieder kleine Pausen zur Einnahme von Getränken und Zwischenmahlzeiten ermöglichen. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von maximal 50 % (IV-Nr. 31 S. 5 ff.). 3.17 Aus dem Bericht des M.____, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N.____), vom 9. Februar 2018 geht hervor, die Patientin berichte, dass die ausgeprägten Abdominalbeschwerden unverändert persistierten. Diese stünden noch immer im Vordergrund. Die Venlafaxin-Therapie habe sie nicht vertragen, es sei zu starker Übelkeit gekommen. Die Schmerzen hätten sich nicht gebessert. Die Obstipationsproblematik sei seit dem Absetzen der Amitryptilin-Therapie unter der Einnahme von Resolo regredient, sie habe regelmässig normal geformten Stuhlgang. Sie ernähre sich nach wie vor FODMAP-arm, wodurch eine Besserung des Meteorismus eingetreten sei. Die Beurteilung lautete dahingehend, es bestehe unverändert ein sehr hoher Leidensdruck aufgrund der abdominellen Schmerzen. Bei ausbleibender Besserung durch die Viszeroanalgesie mit Venlafaxin werde erneut eine Therapie mit dem modulierenden Amitryptilin initiiert (IV-Nr. 43.8 S. 1 f.).

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 18. Juni 2019 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung verweist und auf eine Stellungnahme verzichtet (A.S. 25). 2.3 Mit Eingabe vom 8. Juli 2019 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 27 ff.) II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente und/oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2019 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen 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). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 3.18

3.18.1 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (allgemeininternistischen, gastroenterologischen, neurologischen, neuropsychologischen, rheumatologischen und psychiatrischen) Gutachten des D.____ vom 27. August 2018 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Zeitraum vom 29. Mai bis 5. Juli 2018 untersucht und begutachtet wurde. Zur persönlichen Situation und Krankheitsentwicklung wurde dargelegt, die 1986 geborene Explorandin beklage seit drei Jahren bestehende, weitestgehend therapieresistente Bauchkrämpfe vor allem im Bereich des rechten Hemiabdomens, eine gewisse Obstipation, Ein- und Durchschlafstörungen sowie eine schmerzbedingt verminderte Konzentration und ein vermindertes Arbeitstempo. Zudem gebe sie an, seit Beginn der Symptomatik vor drei Jahren etwas an Gewicht abgenommen zu haben. Aufgrund ihrer Beschwerden könne sich die Explorandin keine berufliche Tätigkeit vorstellen. Es wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «1. Somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes (ICD-10 F45.32), chronische abdominale Schmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 R10.4), chronische Obstipation (ICD-59.0), teilweise medikamentös bedingt, Untergewicht (BMI 17,5 kg/m²; ICD-10 R63.4); 2. Psychoneurotische Persönlichkeit (ICD-10 F60.8). Die weiteren Diagnosen (1. Knick-Senkfuss links mehr als rechts [ICD-10 M21.6]; 2. Fehlf orm und Fehlhaltung der Wirbelsäule bei Beckentiefstand links [ICD-10 M43.9]; 3. Status nach Absencen-Epilepsie in der Kindheit [ICD-10 G40.3]) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur interdisziplinären medizinischen Beurteilung wurde festgehalten, bezüglich der funktionellen Auswirkungen stünden vor allem die Bauchschmerzen der Explorandin im Vordergrund, welche sie im Stehen noch stärker wahrnehme als im Sitzen. Aus gastroenterologischer Sicht könnten die von der Explorandin beklagten Abdominalschmerzen nicht erklärt werden. Zudem könne die Diagnose einer teilweise medikamentös bedingten (Antidepressiva) Obstipation gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht sei vom Vorliegen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes bei psychoneurotischer Persönlichkeit auszugehen. Es sei offensichtlich, dass die Explorandin durch die Fixierung auf Bauchkrämpfe dahinterliegende

weiterreichende Motive abwehre. Die gesamte Krankheitsdynamik sei als regressiv zu werten. Die funktionelle Darmstörung zwingt die Explorandin wieder in eine Abhängigkeit zu den Eltern hinein und diene offenbar einer Regression in eine harmonische Kindheit. Aus internistischer Sicht bestehe ein Untergewicht, welches dadurch bedingt sei, dass die Explorandin aufgrund ihrer Bauchschmerzen und Obstipation nur ungenügend Nahrung zu sich nehme. Aus rheumatologischer und neurologischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Aus neuropsychologischer Sicht lasse sich eine minimale neuropsychologische Hirnfunktionsschwäche mit Einschränkungen ausschliesslich in Bereichen, die Anforderungen an sprachliche Fähigkeiten stellen, objektivieren. Dies sei schon immer so gewesen und sei kompatibel mit den früher durchgeführten Tätigkeiten. Es hätten sich anlässlich der Begutachtung keine Hinweise für relevante Inkonsistenzen ergeben. Die Selbsteinschätzung der Explorandin, aufgrund ihrer Beschwerden nicht mehr auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein zu können, könne aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollzogen werden. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, die Tätigkeit als Floristin sei eine fast ausschliesslich stehende Tätigkeit, welche aufgrund der im Stehen vermehrt verspürten Bauchbeschwerden fraglich sinnvoll erscheine. Aufgrund der objektivierbaren Befunde aus somatischer und psychiatrischer Sicht sei allerdings auch diese Tätigkeit für 7 bis 8 Stunden pro Tag zumutbar. Es bestehe ein leicht erhöhter Pausenbedarf. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Floristin könne seit der IV-Anmeldung im August 2017 angenommen werden. Zur Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit wurde dargelegt, die Tätigkeit sollte aufgrund der subjektiven Beschwerden vorwiegend im Sitzen durchgeführt werden mit der Möglichkeit von Pausen und flexiblen Arbeitszeiten. Rein medizinisch bestünden aber keine wesentlichen Einschränkungen. Eine maximale Präsenz von 8 Stunden pro Tag wäre in einer solchen Tätigkeit zuzumuten. Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs bestehe eine geringe Leistungseinbusse. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 %. Auch hier sei davon auszugehen, dass diese Angaben seit mindestens August 2017 Gültigkeit hätten. Die leichten Leistungseinbussen der verschiedenen Fachrichtungen ergänzten sich und addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten und die gleiche Symptomatik betroffen sei. Unter dem Titel «medizinische Massnahmen und Therapien mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit» wurde dargelegt, es sei kaum zu erwarten, dass sich die Arbeitsfähigkeit der Explorandin durch medizinische Massnahmen verbessern lasse. Auch wenn die Symptomatik sich körperlich manifestiere, liege den Symptomen eine psychogene Ursache zugrunde. Die Explorandin wehre den Zugang zu einer psychischen Ebene aber ab. Theoretisch wäre eine Psychotherapie notwendig, um die Explorandin an die versteckten Motive, welche die Symptomatik erzeugten, heranzuführen. Hierfür zeige sich die Explorandin jedoch nicht motiviert. Allenfalls könnte sich ein Versuch mit einem SSRI anstelle einer Obstipation fördernden Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum als für die Explorandin hilfreich erweisen. Aufgrund der Obstipation sollte auch eine Abklärung erfolgen, ob ein Anismus vorliege. In diesem Falle könnten physiotherapeutische Massnahmen wie Biofeedback hilfreich sein. Berufliche Massnahmen könnten angesichts der subjektiv fixierten Krankheits- und Invaliditätsüberzeugung nicht sinnvoll durchgeführt werden (IV-Nr. 43.1). 3.18.2 Der allgemeininternistischen Beurteilung vom 29. Mai 2018 von Prof. Dr. med. Q.____ (FMH Allgemeine Innere

Medizin, Fallführung) kann entnommen werden, aus aktuell nicht klar ersichtlichen Gründen sei es bei der Explorandin nach einer Operation am rechten Oberschenkel mit Glaskörperentfernung zu einer subjektiv sehr beeinträchtigenden Symptomatik mit täglich vorhandenen Bauchkrämpfen gekommen. Infolgedessen sei die Explorandin auch zunehmend untergewichtig geworden und weise aktuell einen BMI von nur 17,5 kg/m² auf. Da die Explorandin auch psychiatrisch und gastroenterologisch evaluiert werde, werde die Einschätzung der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit diesen beiden Fachdisziplinen überlassen. Die Explorandin habe bereits eine Vielzahl von medikamentösen Behandlungsversuchen hinter sich, welche allesamt nichts gebracht hätten. Ausserdem habe sie eine Atemtherapie und eine Psychotherapie durchgeführt, welche leider ebenfalls ohne Ergebnis geblieben seien. Anlässlich der Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise für Inkonsistenzen ergeben. Allerdings sei ein eigentlicher Leidensdruck während der Exploration nur selten spürbar gewesen. Oft habe die Explorandin gelächelt und aufgestellt gewirkt. Die Diskussion zu den Akten und früheren Untersuchungen ergebe keine Diskrepanzen. Die Explorandin verfüge über eine abgeschlossene Lehre, was als Ressource zu werten sei. Leider habe sie die Hoffnung aufgegeben, auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeitstätig werden zu können (IV-Nr. 43.2 S. 8 ff.).

3.18.3 Ebenfalls am 29. Mai 2018 wurde die Beschwerdeführerin von Dr. med. R.____, FMH Neurologie, neurologisch begutachtet. Die Beurteilung aus neurologischer Sicht lautete dahingehend, bei der Explorandin sei im Alter von sieben Jahren die Diagnose einer Absencen-Epilepsie gestellt worden. Man habe eine typische Anfallssemiologie und einen typischen EEG-Befund festgestellt. Es sei eine Behandlung mit Valproat eingeleitet worden, worauf die Explorandin gut angesprochen habe. Es sei zu einem Rückgang bis zum vollständigen Sistieren der Anfälle gekommen. Im Verlauf habe sich der EEG-Befund normalisiert. Das Ausschleichen der Valproat-Medikation sei ein Jahr später realisiert worden. Seitdem sei die Explorandin anfallsfrei. Im Jahr 2015 sei im C.____ eine erneute neurologische Abklärung wegen einer Fotosensibilität erfolgt. Die Explorandin habe beim Betrachten von PC- oder Fernsehbildschirmen vereinzelt ein Auftreten eines kurzen Schwindelgefühls registriert. Es sei dabei jedoch zu keiner Bewusstseinsstörung gekommen. Aufgrund der Angaben der Explorandin, dass sie in der Kindheit unter einer fotosensiblen Epilepsie gelitten habe, sei eine EEG-Ableitung erfolgt, welche einen unauffälligen Befund ergeben habe. Während der Fotostimulation habe kein pathologischer Befund erhoben werden können. Die vorgeschlagene MRI-Untersuchung des Kopfes habe die Explorandin nicht durchführen lassen wollen. Aktuell berichte sie, dass sie helles Licht und flackernde Lichter als unangenehm empfinde. Es passiere ansonsten jedoch nichts und es sei nie zu Bewusstseinsstörungen oder Krämpfen gekommen. Subjektiv im Vordergrund stünden aktuell chronische Bauchschmerzen und –krämpfe. Aufgrund dieser Beschwerden sei das Arbeitstempo gering und die Explorandin habe Mühe, sich zu konzentrieren. Aus neurologischer Sicht seien diese Beschwerden nicht erklärbar. Es ergäben sich auch keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Epilepsie. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung sei eine erneute Ableitung eines EEG erfolgt, welches einen unauffälligen Befund ergeben habe. Im neurologischen Bereich finde man keine Symptome oder Funktionseinbussen, welche zu pathologischen Untersuchungsergebnissen führten. Da zurzeit kein relevantes neurologisches Leiden vorliege, könne hinsichtlich Konsistenz und Plausibilität zu Einschränkungen im Alltag aus neurologischer Sicht nicht Stellung genommen werden. Das Epilepsieleiden, welches in der Kindheit vorgelegen sei, habe einen klassischen Verlauf gezeigt mit Sistieren der Anfallstätigkeit bei Erreichen der Adoleszenz. Diesbezüglich seien

keine weiteren Massnahmen mehr notwendig und es seien keinerlei Auswirkungen in den Alltagsfunktionen zu erwarten. Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine Argumente, welche gegen die Durchführung von beruflichen Massnahmen sprächen (IV-Nr. 43.3).

3.18.4 Der rheumatologische Gutachter, Dr. med. S.____, FMH Rheumatologie, hielt aufgrund seiner rheumatologischen Begutachtung vom 30. Mai 2018 fest, bei der 31-jährigen Explorandin sei im Februar 2015 ein Glasfremdkörper gluteal rechts exzidiert worden und gemäss anamnestischer Schilderung habe sich danach «eine funktionelle Darmstörung» entwickelt. Bezüglich einer Erkrankung des Bewegungsapparates seien Beschwerden verneint worden. Anfangs 2016 sei bei lateraler Calcaneodynie links bei Pes planovalgus beidseits eine Versorgung mit Schuheinlagen erfolgt. Klinisch finde sich eine stark untergewichtige Explorandin in gutem Allgemeinzustand, Beinlängenverkürzung links und konsekutive linkskonvexe WS-Skoliose, BWS-Hyperkyphose und aufgehobene Lendenlordose. Die Beweglichkeiten der Wirbelsäule seien allseitig frei und indolent, wobei eine Inklination des Oberkörpers wegen der Befürchtung einer Provokation von Abdominalschmerzen nicht ausgeführt werde. Es liege ein Knick-Senkfuss links mehr als rechts vor, der Barfussgang sei aber unbehindert. Abgesehen von einer allgemein schwach entwickelten Muskulatur sei die übrige Untersuchung des Bewegungsapparates unauffällig und auch der cursorische Neurostatus ergebe keine pathologischen Befunde. Insgesamt liege funktionell aus rheumatologischer Sicht aufgrund der Konstitution mit Untergewicht eine mässiggradig eingeschränkte körperliche Belastbarkeit vor. Beschwerden oder Befunde am Bewegungsapparat, welche die Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit beeinflussen würden, seien nicht vorhanden. Die Behandlung der Fussdeformität mittels Schuheinlagen erfolge adäquat. Aus rein rheumatologischer Sicht seien bisher keine anderen Behandlungen durchgeführt worden und auch aktuell drängten sich aus rein rheumatologischer Sicht keine spezifischen Therapiemassnahmen auf. Aktuell finde sich ein Knick-Senkfuss links mehr als rechts, wobei die Explorandin keine lokalen Schmerzen schildere; klinisch zeige sich ein normaler Barfussgang. Aus rein rheumatologischer Sicht lasse sich aufgrund der Konstitution mit Untergewicht und allgemein schwach entwickelter Muskulatur eine Einschränkung für körperlich schwere Tätigkeiten begründen, eine körperlich leichte bis mittelschwere Belastung sei aber ohne Einschränkungen möglich (IV-Nr. 43.4).

3.18.5 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 30. Mai 2018 durch Dr. med. T.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, wurde ausgeführt, eine eigentliche psychiatrische Behandlung habe bislang nicht stattgefunden. Offenbar hätten ca. vier oder fünf diagnostische Gespräche bei Dr. med. K.____ im Jahr 2016 stattgefunden, in welchen eine hypochondrische Störung diagnostiziert und der Verdacht auf das Vorliegen einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung geäussert worden sei. Zurzeit nehme die Explorandin gelegentlich Saroten ein. Im Moment gefalle ihr ihre Bürotätigkeit im [...] recht gut. Sitzend könne sie ein Pensum von 50 % bewältigen. Zum psychiatrischen Befund wurde dargelegt, die Explorandin wirke vom äusseren Erscheinungsbild zunächst weitgehend unauffällig, im Gespräch falle dann eine hochneurotische abwehrende Verhaltensweise auf. Die sprachliche Verständigung sei problemlos. Die Explorandin erweise sich bei klarem Bewusstsein und sei zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert. Der Gedankengang entfalte sich formal geordnet und inhaltlich unauffällig. Hinweise für ein psychotisches Geschehen könne man nicht beobachten, insbesondere könnten Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-Störungen verneint werden. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis imponierten grobklinisch unauffällig.

Konzentration und Aufmerksamkeit seien in genügendem Ausmass während der gesamten Untersuchungsdauer vorhanden. Die höheren Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle und Willensbildung erschienen intakt. Psychomotorisch präsentiere sich die Explorandin weder agitiert noch gehemmt. Im Affekt zeige sie parathyme Äusserungen, indem sie von heftigsten Darmkrämpfen berichte, aber gleichzeitig lache. Sie sei völlig auf diese Darmkrämpfe fixiert und wolle die Ursache auf die Darmregion eingeengt verstehen. Jegliche Versuche seitens des Untersuchers, diese funktionellen Beschwerden in einen grösseren Zusammenhang der Persönlichkeit zu stellen, blocke die Explorandin vehement ab. Eine depressive Stimmung sei nicht erkennbar. Hinweise für schwer depressive Symptome mit vitaler Traurigkeit, Antriebsstörung oder Suizidgedanken bestünden nicht. Die Explorandin sei auch in der Lage, einen lebhaften eher oberflächlichen affektiven Rapport zu etablieren. Das Gespräch mit ihr verlaufe flüssig. Es träten keine Stimmungseinbrüche oder affektive Blockierungen auf. Die Fähigkeit zur Modulation der Affekte sei erhalten. Mimik und Gestik seien adäquat. Es bestehe der Verdacht auf eine neurotische Persönlichkeit. Die psychiatrische Beurteilung lautete dahingehend, psychohereditäre Vorbelastungen seien nicht bekannt. Die Explorandin schildere eine sehr schöne Kindheit in harmonischen Familienverhältnissen. Es könne vermutet werden, dass die heutige Erwachsenenwelt mit dieser Harmonie aus der Kindheit nicht kompatibel sei. Während der Schule sei die Explorandin verlangsamt gewesen und habe eine Klasse repetiert. Sie habe eine Ausbildung als Floristin abschliessen können. Nach einer Oberschenkeloperation rechts mit Entfernung eines Glassplitters seien die abdominellen Krampferscheinungen aufgetreten. Somatischerseits sei eine funktionelle Darmstörung festgestellt worden. Bisherige Behandlungen seien erfolglos verlaufen. Auch eine psychiatrische Intervention sei nach kurzer Zeit abgebrochen worden. Aktuell könne eine autonome Funktionsstörung des unteren Verdauungstraktes diagnostiziert werden. Ausserdem bestehe bei der Explorandin ein auffälliges parathymes und psychoneurotisches Verhalten. Ganz offensichtlich würden durch die Fixierung auf die Bauchkrämpfe dahinterliegende weiterreichende Motive abgewehrt. Die Krankheitsdynamik sei als regressiv zu werten. Die Explorandin fixiere sich darauf, dass alle Behandlungen nichts nützen, nur Teetrinken helfe etwas. Psychiatrischerseits hätten bislang vier Gespräche bei Dr. med. K.____ im November 2016 stattgefunden. Damals sei eine hypochondrische Störung festgestellt worden und der Verdacht auf eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung geäussert worden. Die Explorandin sei trotz ihres Alters von 30 Jahren auffällig eng an ihre Familie gebunden. Zu einer weitergehenden Behandlung habe es die Explorandin nicht kommen lassen. Gelegentlich setze sie Saroten 25 mg ein, jedoch nicht regelmässig. Die Explorandin sei während des Gesprächs völlig auf ihre Darmbeschwerden eingeengt geblieben. Die Darmbeschwerden seien mit dem geschilderten Alltag gut zu vereinbaren. Im Bericht von Dr. med. K.____ vom 18. November 2016 sei bereits die Diskrepanz zwischen den verschiedenen Ebenen (Symptom/Person) dargestellt worden. Die funktionelle Darmstörung zwingt die Explorandin wieder in eine Abhängigkeit zu den Eltern hinein. Offenbar diene sie einer Regression in eine harmonische Kindheit zurück. Gemäss aktueller Einschätzung könne die Arbeitsfähigkeit durch psychiatrische Massnahmen nicht verbessert werden. Die Krankheitssymptomatik liege auf der somatischen Ebene, die Ursachen hingegen bestünden auf einer psychischen Ebene. Die Explorandin wehre den Zugang zu einer psychischen Ebene ab. Theoretisch wäre eine Psychotherapie notwendig, welche die Explorandin an die versteckten Motive, welche die Symptomatik erzeugten, herantühre. Berufliche Massnahmen könnten nicht empfohlen

werden (IV-Nr. 43.5). 3.18.6 In der gastroenterologischen Begutachtung von Dr. med. U.____, FMH Gastroenterologie, vom 6. Juni 2018 wurde im Rahmen der gastroenterologischen Befragung dargelegt, seit 1,5 bis 2 Jahren bestünden ständige Bauchschmerzen, vor allem im rechten Abdomen. Die Explorandin könne deswegen nicht gut stehen, im Sitzen gehe es ihr besser. Die Beschwerden seien nach einer Operation aufgetreten. Bei der Operation habe es sich um die Entfernung eines Glassplitters im Bein gehandelt, bei welcher eine Rückenmarkanästhesie durchgeführt worden sei. Nach den Angaben der Explorandin habe sie morgens starke Bauchkrämpfe, eine Kombination von verschiedenen Tees, manchmal auch Kaffee, helfe. Sie brauche eine gewisse Zeit, bis sie so gegen 11:00 Uhr zur Arbeit nach [...] fahren könne, wo sie in einem [...] arbeite. Die Beschwerden besserten während des Tages. Eine diätetische Behandlung mit FODMAP habe wenig geholfen, allgemein vertrage sie Ballaststoffe nicht gut. Zeitweise sei sie mehr verstopft gewesen, auch wegen Medikamenten, die sie habe einnehmen müssen. Aktuell stehe dies nicht im Vordergrund. Es bestünden Oberbauchbeschwerden seit 1 ½ bis 2 Jahren, welche nach einem kleinen peripheren Eingriff unter Rückenmarksanästhesie aufgetreten seien. Diese träten im Stehen vermehrt auf. Die Explorandin habe verschiedene Schmerzmittel ausprobiert, inklusive Dismenol und Resolor bei Verstopfung. Die Verstopfung sei unter Amitriptylin verstärkt gewesen, weswegen dieses mit Laxantien ergänzt worden sei. Eine Therapie mit Venlafaxin sei wegen fehlender Wirkung wieder abgesetzt worden. Eine Gastroskopie vom 25. Oktober 2015, eine Sonographie vom 2. Dezember 2015 sowie eine Koloskopie vom 9. Dezember 2015 seien unauffällig gewesen. Ein Laktoseintoleranz-Test vom 11. Juli 2016 sei normal ausgefallen. Die Abdomensonographie vom September 2017 sei wiederum unauffällig gewesen. Aktuell helfe die Explorandin im Büro in der Buchhaltung im [...] [...]. Sie sei ehemals Floristin, den Beruf könne sie wegen der Bauchbeschwerden seit 1,5 Jahren nicht mehr ausüben. Leichte Haushaltarbeit könne sie durchführen und werde dabei von der Familie unterstützt. Wäschewaschen sei ihr nicht möglich. Sie könne aber Einkäufe mit dem Auto machen. In erster Linie wünsche sie sich bessere Medikamente gegen Schmerzen und die Möglichkeit, in einem geschützten Rahmen zu arbeiten. Unter diesen Umständen könne sie sich eine 50%ige Arbeit im Rahmen von Büro oder Buchhaltung vorstellen. Zu den gastroenterologischen Untersuchungsbefunden wurde angegeben, das Abdomen sei weich, diffus druckdolent und die Darmgeräusche seien normal. Es bestünden keine Organomegalie und auch keine Resistenzen. Das Gewicht betrage 46 kg. Der gastroenterologische Gutachter stellte die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «chronisch abdominale Schmerzen unklarer Ätiologie (ICD-10 R10.4)» sowie «chronische Obstipation (ICD-59.0), teilweise medikamentös bedingt» und hielt im Rahmen seiner gastroenterologischen Beurteilung fest, nach einer Rückenmarksanästhesie vor 1,5 Jahren seien Bauchschmerzen aufgetreten, welche trotz aller medikamentöser Therapien und Diätversuche persistierten. Diese seien vor allem am Morgen vorhanden und flauten während des Tages ab. Im Stehen seien sie verstärkt. Zeitweise spiele auch eine Obstipation eine Rolle, welche zumindest zeitweise als sekundär aufgrund von trizyklischen Antidepressiva erklärt werden könne. Von dieser Seite sei die aktuelle Therapie genügend. Die Bauchschmerzen seien aber deswegen nicht besser geworden. Die Obstipation sei beherrschbar. Die Bauchschmerzen, welche für die Explorandin im Vordergrund stünden, persistierten aber. Somit lasse sich hier kein klarer Zusammenhang erkennen. Bisherige Behandlungen hätten keine Auswirkung auf die Bauchschmerzen gehabt, für die auch keine organische Ursache gefunden worden sei. Von daher sei es unwahrscheinlich, dass für diese

eine hilfreiche Therapie gefunden werde. Die Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität aus gastroenterologischer Sicht lautete dahingehend, die Beschwerden seien konsistent. Aufgrund der gastroenterologischen Untersuchungsbefunde, auch von vorgängigen Endoskopien und Sonographien, bei welchen keine objektiv fassbaren Veränderungen gefunden worden seien, liessen sich die Beschwerden nicht plausibel erklären. Der von der Explorandin vermutete Zusammenhang mit einer Rückenmarksanästhesie sei gewiss nicht typisch und somit nicht erklärbar. Auch im Alltag bestünden gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in vergleichbaren Lebensbereichen. In einem IV-Bericht der Gastroenterologie des L.____ [...] vom 10. Oktober 2017 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % beschrieben worden, welche durch eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit um 50 % zusätzlich vermindert sei. Dies sei rein gastro-enterologisch nicht nachvollziehbar, da keine objektiven Befunde vorhanden seien, die eine so hohe Einschränkung begründen könnten. Auf die Schmerzaktivität könne die Explorandin offenbar keinen Einfluss nehmen. Bisherige medikamentöse Therapien hätten ebenfalls nicht gefruchtet. Hingegen bestehe die Möglichkeit, dass psychosomatische Entspannungstherapien zur Besserung der Beschwerden beitragen könnten. Zu solchen Behandlungen wäre die Explorandin im Stande und dazu motivierbar. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt der Teilgutachter aus gastroenterologischer Sicht fest, die früher ausgeübte Tätigkeit als Floristin, welche vorwiegend stehender Natur sei und Kundenkontakte beinhalte, erscheine für die Explorandin aufgrund ihrer geklagten Beschwerden nicht geeignet. Objektiv bestehe gastroenterologisch jedoch kein Grund, weshalb sie nicht 8 Stunden präsent sein könnte. Wegen intermittierend verstärkten Schmerzen bestehe ein erhöhter Pausenbedarf. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 80 %. Diese Arbeitsfähigkeit sei seit 1,5 Jahren unverändert. Zu einer angepassten Tätigkeit wurde angegeben, die Tätigkeit sollte bevorzugt vorwiegend im Sitzen durchgeführt werden mit der Möglichkeit von Pausen und flexiblen Arbeitszeiten. Diese Vorgaben seien jedoch nicht im engeren Sinne gastroenterologisch zu begründen. Bei einer solchen Tätigkeit wäre eine maximale Präsenz von 8 Stunden pro Tag möglich. Es bestehe eine Leistungseinschränkung von 10 % wegen der benötigten Pausen. Bezogen auf ein 100%-Pensum bestehe damit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % seit 1,5 Jahren. Unter dem Titel «Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit» wurde dargelegt, die Arbeitsfähigkeit könnte noch durch medizinische Massnahmen theoretisch relevant verbessert werden. Faktisch werde die Explorandin wohl wegen der psychosomatischen Fixierung nicht auf eine Behandlung eintreten. Die medikamentösen Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden. Statt Amitriptylin, welches obstipierend wirke, könnten andere Psychopharmaka, insbesondere SSRI, eingesetzt werden. Aufgrund der Obstipation sollte auch eine Abklärung erfolgen, ob ein Animus vorliege. In diesem Falle könnten physiotherapeutische Massnahmen wie Biofeedback hilfreich sein. Ebenfalls sollten formal eine akute Porphyrrie und eine Blei-Intoxikation ausgeschlossen werden. Schliesslich seien psychosomatische Entspannungstherapien eine Option. Als berufliche Massnahme wäre eine Vermittlung einer sitzenden Tätigkeit, zum Beispiel im Büro (Buchhaltung), sinnvoll (IV-Nr. 43.6).

3.18.7 Die neuropsychologische Beurteilung (Untersuchung vom 5. Juli 2018) wurden von V.____, MSc Neuropsychologie, und lic. phil. W.____, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, zusammenfassend wie folgt dargelegt: Die Explorandin verfüge über eine knapp im Durchschnitt liegende Intelligenz. Diese Einschätzung lasse sich auch mit den biographisch-anamnestischen Informationen (Versetzen in die Kleinklasse auf

Primarstufenniveau, Besuch der Werkklasse, danach Realschulabschluss und 10. Schuljahr, Ausbildung zur Floristin) vereinbaren. Auf hirnfunktioneller Ebene weisen die Exploranden fast ausschliesslich im Bereich Gedächtnis und Sprache Defizite auf. In der Analyse der Testbefunde auf Gültigkeit und Konsistenz zeigten sich durchwegs unauffällige Resultate. Auch in der Symptomvalidierung zeigten sich bei allen durchgeführten Tests unauffällige Resultate. Es könne insgesamt von einer genügend guten Leistungsmotivation und validen Testbefunden ausgegangen werden. Aus neuropsychologischer Sicht seien keine Massnahmen notwendig (IV-Nr. 43.7).

3.19 In einer kurzen Stellungnahme vom 24. September 2018 zu den Ergebnissen der oben wiedergegebenen Begutachtung vom 27. August 2018 legte Dr. med. O. ___ dar, die Patientin sei am 17. September 2018 zu einer Besprechung der wichtigsten Punkte einbestellt und es seien mit ihr die aktuell möglichen beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen diskutiert worden: Eine 50%ige Erwerbstätigkeit in einem geschützten Rahmen scheine vorerst realistisch zu sein. Dabei seien hauptsächlich Tätigkeiten in Betracht zu ziehen ohne Heben von Lasten und ohne grössere, körperliche Anstrengungen in wechselnden Positionen; eine vorwiegend sitzende Tätigkeit im Büro, computerunterstützt, wäre zu bevorzugen. Längeres Stehen am Ort verstärke die chronischen Schmerzen rasch und sei der Patientin nicht zuzumuten. Neben einer leichten Arbeit wie beschrieben im geschützten Rahmen sei die Ausrichtung einer halben IV-Rente zu empfehlen, da die Patientin in der freien Wirtschaft kaum vermittelt werden könne (IV-Nr. 46).

3.20 Im Bericht des M. ___ [...], Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie (PD Dr. med. N. ___, Leitender Arzt) vom 29. Oktober 2018 wurde folgende Diagnose gestellt: «Viszerale Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie, DD Bauchwandschmerz, Histaminintoleranz, Abdomensonographie 09/2017: unauffällig, Laktoseintoleranztest 11.07.2016: Hinweise auf Hydrogen Non Producer Typ, Koloskopie am 09.12.2015 (C. ___): Unauffällig inklusive Stufenbiopsie, Sonographie am 02.12.2015: Unauffällig, Gastroskopie am 25.10.2015: Unauffällig. Kein H.p., Besserung durch FODMAP-Diät, keine wesentliche Verbesserung durch Constella, Resolor, Ciprax, Saroten ret». Zum aktuellen Leiden wurde angegeben, die Patientin berichte über eine Verbesserung des Schlafverhaltens seit Einnahme von Remeron. Vermehrten Appetit oder Gewicht zugenommen habe sie nicht. Weiterhin habe sie vor allem im Stehen oder bei Belastung der Bauchmuskulatur Schmerzen im rechten Oberbauch. Im Sitzen bestünden deutlich weniger Schmerzen. Auch das Trinken von Tee und langsames und bewusstes Atmen hülfe. Das Essen gehe gut. Der Stuhlgang sei regelmässig. Immer wieder habe sie allerdings einen stark geschwollenen Bauch («wie schwanger») ohne Windabgang. Die Beurteilung lautete dahingehend, alle bisherigen Therapieversuche (u.a. mittels Iberogast, Constella, Resolor, Ciprax und Saroten) hätten die Beschwerden der Patientin gar nicht oder nur minimal beeinflussen können. Die Einnahme von Remeron scheine nun zumindest zu einem verbesserten Schlafverhalten zu führen. Nach wie vor gebe die Patientin allerdings teils immobilisierende Schmerzen im rechten Hemiabdomen an, welche nur durch körperliche Ruhe, lokale Wärme und Teetrinken rückläufig seien. In der aktuellen klinischen Untersuchung habe sich eine Druckdolenz des rechten Unterbauchs gezeigt und ein positives Carnett's Sign. Hinweise auf ein akutes Abdomen ergäben sich aber nicht. Dennoch könnten die aktuellen Befunde auf eine Mitbeteiligung der Bauchwand hindeuten, weshalb im weiteren Verlauf allenfalls eine probatorische Infiltrationstherapie derselbigen in Frage kommen könnte. Hauptverantwortlich für die Beschwerden der Patientin scheine jedoch eine viszerale Hypersensitivität zu sein, welche die Patientin glaubhaft in ihrem Alltag einschränke. Da

differentialdiagnostisch eine Histaminintoleranz zumindest aggravierend sein könnte, sei aktuell probatorisch Xyzal rezeptiert worden (IV-Nr. 53). 3.21 In seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 11. Dezember 2018 stellten Dr. med. N.____ neu die Diagnose «Schwere abdominell-viszerale Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie» und «Komponente Histaminintoleranz». Die weiteren Diagnoseangaben lauteten gleich wie im oben wiedergegebenen Bericht vom 29. Oktober 2018. Zur Beurteilung legte Dr. med. N.____ dar, die Patientin befinde sich seit August 2017 wegen der obgenannten Erkrankung in ambulanter Betreuung. Trotz diverser medikamentöser Therapieansätze habe das Beschwerdebild bisher nicht soweit stabilisiert werden können, dass eine Fortführung der beruflichen Tätigkeit im angestammten Umfeld möglich wäre. Die medizinische Situation werde weiterhin als so eingeschränkt beurteilt, dass eine Arbeitsfähigkeit aktuell nicht gegeben sei. Von einer baldigen signifikanten Besserung sei nicht auszugehen, da es sich bei einer viszeralen Hypersensitivität, welche im aktuellen Fall stark ausgeprägt sei, um eine chronische Erkrankung handle, welche in den besten Fällen symptomkontrolliert, jedoch nicht geheilt werden könne. Bezüglich der aktuellen Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 57). 3.22 In der von der Beschwerdegegnerin veranlassten Stellungnahme des D.____ (Prof. Dr. med. Q.____, Dr. med. U.____ und Dr. med. X.____, Ärztliche Leitung) vom 21. Januar 2019 wurde festgehalten, in den bei der D.____-Begutachtung schon vorliegenden Berichten der Gastroenterologie im M.____ [...] (M.____) sei von einem «Verdacht auf functional abdominal pain syndrome» geschrieben worden, was früher in der medizinischen Umgangssprache als «Colon irritabile» bezeichnet worden sei. Ein Jahr nach dieser Zuordnung im M.____ sei bei der gleichen objektiven Faktenlage, neue objektive Befunde seien seit November 2017 nicht aufgetreten, durch die Gastroenterologie im M.____ nun von einer «schweren abdominell-viszeralen Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie» gesprochen worden. Es erstaune doch immer wieder, wie medizinische Kollegen ungemein komplex und gefährlich tönende neue «Diagnosen» bzw. Umschreibungen fänden für Dinge, die letztlich somatisch nicht erklärbar seien. Weiterhin könne aus gastroenterologischer Sicht von einem Colon irritabile gesprochen werden, was redundant sei zu autonomen somatoformen Funktionsstörungen des Gastrointestinaltraktes. Wie die Gastroenterologie im M.____ aus diesen Nicht-Befunden eine volle Arbeitsunfähigkeit ableiten könne, dies notabene aus somatischer Sicht, könne in keiner Weise nachvollzogen werden. Möglicherweise sei dies mitbedingt durch die hausärztliche Intervention durch Dr. med. P.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin. Diese habe sich letztlich dafür eingesetzt, dass ihre Patientin lediglich zu 50 % – und dies erst noch nur im geschützten Rahmen – tätig sein könnte. Sie habe sich auch konkret mit einer Mail an die Gastroenterologie im M.____ gewendet, dass doch dort unbedingt die gleiche Arbeitsfähigkeit beziehungsweise -unfähigkeit bestätigt werden sollte. Zusammenfassend könne nach Durchsicht der nachträglich eingegangenen Unterlagen die im Gutachten bestätigte Arbeitsfähigkeit vollumfänglich bekräftigt werden. Es bestünden keinerlei objektive Befunde, die eine relevante somatische Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (IV-Nr. 60). 3.23 Auf eine entsprechende, nach Erlass der angefochtenen Verfügung erfolgte Anfrage des Vertreters der Beschwerdeführerin nahm PD Dr. med. N.____ mit E-Mail vom 27. März 2019 dahingehend Stellung, das D.____-Gutachten werde dem Leiden, dem die Patientin ausgesetzt sei, nicht gerecht. Die Art und Weise der Formulierungen sei bedenklich und nicht im Sinne einer objektiven Gutachtensführung (IV-Nr. 65 S. 22). 3.24 Mit E-Mail vom 5. April 2019 äusserte sich PD

Dr. med. N.____ dahingehend, das D.____-Gutachten gebe weder Krankheitsbild noch Leidensdruck der Patientin adäquat wieder. Es sei daher abzulehnen. Die medizinische Beurteilung sei aus gastroenterologischer Sicht fehlerhaft und das Gesamtkonzept der Erkrankung sowie der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien insuffizient dargestellt worden. Als klinischer und wissenschaftlicher Experte auf dem Gebiet der Neurogastroenterologie sei das Gutachten zurückzuweisen. Aus seiner Sicht müsse ein Gutachten einer im Krankheitsgebiet der Patientin kompetenten Instanz angefordert werden (national z.B. Prof. Dr. med. U.____, Gastroenterologe, Leiter International Office M.____ [...], international z.B. Prof. [...] [...], Direktor Center für Digestive Disorders, [...], [...]). Die Explorandin sei aufgrund starker Schwankungen ihrer Hauptsymptomatik, namentlich stärkster abdomineller Schmerzen, die unvorhergesehen aufträten/änderten, und insuffizienter Schmerzverarbeitung zu keiner regelmässigen Arbeitstätigkeit fähig. Somit sei eine leidensangepasste Tätigkeit leider nicht realistisch. Die Patientin befinde sich seit vielen Jahren in ärztlicher Behandlung infolge ihrer schwerwiegenden Symptome. Die Patientin habe sich aus eigenem Antrieb auch bei auf diesem Gebiet hochspezialisierten Kollegen im Ausland bezüglich alternativer Therapien erkundigt und Optionen gesucht, ohne dass jemals eine adäquate Behandlungsmöglichkeit für die Patientin habe gefunden werden können. Der Gesundheitszustand der Patientin sei auf undulierend tiefem Niveau. Durch sämtliche Beeinflussungsmassnahmen, inklusive Einsatz potenter Antidepressiva im Sinne viszeraler Analgetika, sei bislang keine dauerhaft positive Beeinflussung zu erreichen gewesen. Die Patientin sei daher als 100 % arbeitsunfähig einzustufen (IV-Nr. 65 S. 23 f.).

E. 4.1

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 7. März 2019 im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den Abklärungen könne der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Floristin weiterhin zu 7 bis 8 Stunden pro Tag zugemutet werden; dabei bestehe eine Leistungsfähigkeit von 80 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Andere angepasste Tätigkeiten könnten zu 8 Stunden pro Tag mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % zugemutet werden, dies ebenfalls aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Mit einer solchen angepassten Tätigkeit sei es der Beschwerdeführerin möglich, ein Renten ausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Der Invaliditätsgrad betrage 14 %. Zu den Einwänden der Beschwerdeführerin wurde ausgeführt, auf das polydisziplinäre D.____-Gutachten vom 27. August 2018 könne abgestellt werden. Den neu eingegangenen medizinischen Berichten könne mit Blick auf die gutachterliche Stellungnahme vom 21. Januar 2019, welche zum integrierenden Bestandteil dieser Verfügung erhoben werde, weder ein Indiz für eine bisher noch nicht bekannte, möglicherweise die Arbeitsfähigkeit tangierende Gesundheitsbeeinträchtigung entnommen werden, noch könne dadurch glaubhaft gemacht werden, dass die bereits bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen noch nicht ausreichend abgeklärt worden seien. Von weiteren beweismässigen Vorkehren könne daher abgesehen werden. Da sich die Beschwerdeführerin nicht im gutachterlich attestierten Ausmass arbeitsfähig fühle, seien berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht näher zu prüfen. Da sie in der angestammten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei, könne sie eine angepasste Tätigkeit ohne Arbeitsvermittlung durch die IV-Stelle auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt finden (IV-Nr. 61; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, die angefochtene Verfügung vom 7. März 2019 sei vollumfänglich aufzuheben und es seien ihr die gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere eine IV-Rente sowie berufliche Massnahmen, zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur ordnungsgemässen Abklärung und zur Neuverfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, auf das ungenügende D.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Ausserdem habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Vorliegend stünden sich zwei völlig unterschiedliche fachärztliche Einschätzungen gegenüber, nämlich diejenige des Gastroenterologen des D.____ (Dr. med. U.____) und diejenige von PD Dr. med. N.____. Es wäre daher zwingend notwendig gewesen, dass ein Arzt ■ am Besten ein Gastroenterologe ■ seitens der Beschwerdegegnerin die beiden Argumentationen geprüft und eingehend dazu Stellung genommen hätte. Dies sei vorliegend jedoch nicht geschehen. Auf Stufe Sachbearbeitung habe die Beschwerdegegnerin entschieden, dass mit Blick auf die gutachterliche Stellungnahme vom 21. Januar 2019, die zum integrierenden Bestandteil der Verfügung erhoben worden sei, weder ein Indiz für eine bisher noch nicht bekannte, möglicherweise die Arbeitsfähigkeit tangierende Gesundheitsbeeinträchtigung vorliege noch damit glaubhaft gemacht werden könne, dass die bereits bekannten Gesundheitsbeeinträchtigungen noch nicht ausreichend abgeklärt worden seien. Die Sachbearbeitung habe nicht das fachliche Wissen, um den im vorliegenden Fall herrschenden Meinungsstreit zweier Fachärzte entscheiden zu können. Der Entscheid, einzig gestützt auf die Stellungnahme des gutachterlichen Gastroenterologen auf das Gutachten abzustellen, sei willkürlich und unhaltbar und verletze den Anspruch auf rechtliches Gehör. Im Weiteren handle es sich bei PD Dr. med. N.____ um einen der besten Gastroenterologen der Schweiz. Er habe die vertiefteren fachlichen Kenntnisse als der Gastroenterologe des D.____. Gemäss den Ausführungen von PD Dr. med. N.____ in der E-Mail vom 5. April 2019 sei die medizinische Beurteilung der Situation durch Dr. med. U.____ aus gastroenterologischer Sicht fehlerhaft. Sowohl die Erkrankung als auch der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien nur ungenügend dargestellt worden. Wesentliche Aspekte im Gutachten seien unerkannt geblieben bzw. nicht hinreichend gewürdigt worden. Das D.____-Gutachten entspreche nicht den bundesgerichtlichen Kriterien.

4.2 Es gilt festzuhalten, dass das oben (unter E. II. 3.18 hiavor) dargelegte polydisziplinäre F.____-Gutachten vom 27. August 2018 auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 43.1 S. 10 II. Aktenauszug und 43.2 S. 1 ff.) sowie den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «Gastroenterologie», «Neurologie», «Neuropsychologie», «Rheumatologie» und «Psychiatrie» beruht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Die gestellten Fragen werden am Schluss der Teilgutachten beantwortet. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen (vgl. IV-Nr. 43.1 S. 5 ff. I. Ziff. 4). Das Gesamtgutachten trägt die Unterschriften aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit vorhanden ■ Stellung

genommen. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

4.3 Die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Berichte von Dr. med. N.____ vom 29. Oktober 2018 (IV-Nr. 53) und 11. Dezember 2018 (IV-Nr. 57), worin eine «schwere abdominell-viszerale Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie» diagnostiziert und ausgeführt wurde, hauptverantwortlich für die Beschwerden der Beschwerdeführerin scheine eine viszerale Hypersensitivität (Mitbeteiligung der Bauchwand) zu sein, welche die Beschwerdeführerin glaubhaft in ihrem Alltag einschränke, und die medizinische Situation sei weiterhin als so einschränkend zu beurteilen, dass eine Arbeitsfähigkeit aktuell nicht gegeben sei (vgl. E. II. 3.20 und 3.21 hiervor), vermögen das D.____-Gutachten nicht in Frage zu stellen. So führten die Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 21. Januar 2019 aus, in den bei der Begutachtung schon vorliegenden Berichten der Gastroenterologie im M.____ sei von einem «Verdacht auf functional abdominal pain syndrome» geschrieben worden (vgl. E. II. 3.13, 3.15 und 3.17 hiervor), was früher in der medizinischen Umgangssprache als «Colon irritabile» bezeichnet worden sei. Ein Jahr nach dieser Zuordnung im M.____ sei bei der gleichen objektiven Faktenlage ■ neue objektive Befunde seien seit November 2017 nicht aufgetreten ■ durch die Gastroenterologie im M.____ nun von einer «schweren abdominell-viszeralen Hypersensitivität in Kombination mit abdomino-diaphragmaler Dyssynergie» gesprochen worden. Es erstaune doch immer, wie medizinische Kollegen ungemein komplex und gefährlich tönende neue «Diagnosen» bzw. Umschreibungen fänden für Dinge, die letztlich somatisch nicht erklärbar seien. Weiterhin könne aus gastroenterologischer Sicht von einem Colon irritabile gesprochen werden, was redundant sei zu autonomen somatoformen Funktionsstörungen des Gastrointestinaltraktes. Wie die Gastroenterologie im M.____ aus diesen Nicht-Befunden aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit ableiten könne, sei in keiner Weise nachvollziehbar. Zusammenfassend könne nach Durchsicht der nachträglich eingegangenen Unterlagen die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit vollumfänglich bestätigt werden. Es bestünden keinerlei objektive Befunde, die eine relevante somatische Arbeitsunfähigkeit begründen könnten (IV-Nr. 60; vgl. E. II. 3.22 hiervor). Diese Stellungnahme, welche von den D.____-Gutachtern Dres. med. Q.____ und U.____ sowie der ärztlichen Leitung (Dr. med. X.____) unterzeichnet wurde, erscheint nachvollziehbar und schlüssig. Die Gutachter setzten sich mit den von Dr. med. N.____ gestellten Diagnosen und seinen Einwänden auseinander und kamen nach Durchsicht der nachträglich eingegangenen Unterlagen übereinstimmend zum Schluss, dass die im Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit vollumfänglich bestätigt werden könne. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, gestützt auf diese Stellungnahme und ohne Beizug eines weiteren Facharztes oder des RAD auf das D.____-Gutachten abzustellen, kann nicht als willkürlich oder unhaltbar qualifiziert werden, wie dies die Beschwerdeführerin behauptet. Es gilt zu beachten, dass dem im Rahmen des Verwaltungsverfahren durch die Beschwerdegegnerin eingeholten polydisziplinären D.____-Gutachten bei der Beweismwürdigung grundsätzlich volle Beweiskraft zuzuerkennen ist (vgl. E. II. 2.5 hiervor). Ausserdem ist das Administrativgutachten nicht gleich in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, weil der die Beschwerdeführerin behandelnde Gastroenterologe im M.____, Dr. med. N.____, zu einer anderslautenden Einschätzung gelangt (vgl. E. II. 2.6 hiervor). Wichtige Aspekte, welche bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, werden auch von

Dr. med. N.____ nicht genannt. Anhaltspunkte für eine Verletzung des rechtlichen Gehörs, wie dies von der Beschwerdeführerin gerügt wird, sind hier nicht ersichtlich. Weshalb die Stellungnahme der D.____-Gutachter vom 21. Januar 2019 von der Beschwerdeführerin als «grenzwertig» bezeichnet wird, kann nicht nachvollzogen werden, zumal dies von ihr auch nicht näher erläutert wird. Es gilt festzuhalten, dass es Aufgabe der Gutachter ist, sich kritisch mit anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinanderzusetzen und ihre fachärztliche Einschätzung der medizinischen Situation nachvollziehbar und schlüssig darzulegen. Dieser Aufgabe sind die Gutachter nachgekommen.

4.4 Im Weiteren ist festzustellen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche von den D.____-Gutachtern im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung vorgenommen wurde, aufgrund der vorliegenden zahlreichen übrigen Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. E. II. 3. hiervor) erhärtet wird. So wurde bereits im Bericht des C.____ aufgrund einer ambulanten Ösophago-Gastroduodenoskopie vom 16. November 2015 zusammenfassend erklärt, in der aktuellen Untersuchung habe sich kein morphologisches Korrelat bezüglich der Beschwerden der Patientin erheben lassen (IV-Nr. 19 S. 8; vgl. E. II. 3.3 hiervor). Im Bericht des C.____ vom 2. Dezember 2015 über die gleichentags durchgeführte Sonografie des Abdomens wurde angegeben, diese sei unauffällig (IV-Nr. 19 S. 5; vgl. E. II. 3.4 hiervor). Auch die am 9. Dezember 2015 im C.____ vorgenommene ambulante Ileo-Koloskopie ergab sowohl endoskopisch als auch histologisch einen unauffälligen Befund. Aufgrund der Anamnese und der vorliegenden Befunde handle es sich am ehesten um funktionelle Beschwerden im Sinne eines Reizdarmsyndroms. Damit sei auch gut vereinbar, dass die Patientin nach der Anpassung ihrer Diät bereits eine Beschwerdelinderung festgestellt habe (IV-Nr. 19 S. 1; vgl. E. II. 3.5 hiervor). Der Gastroenterologe Dr. med. F.____ hielt in seinem Bericht vom 22. August 2016 fest, es bestünden funktionelle Blähungen, eine organische Erkrankung könne ausgeschlossen werden. Im Weiteren bestehe zweifelsfrei eine psychische Überlagerung. Bei diesem Krankheitsbild resultiere keine Arbeitsunfähigkeit, aktuell bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 31 S. 25 f.; E. II. 3.7 hiervor). Nach den Angaben von Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für ORL, zeigte das CT des Halses unauffällige Befunde. Zusammenfassend bestehe die Überzeugung, dass es sich um ein funktionelles Problem handle. Es habe zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-Nr. 31 S. 23 f.; E. II. 3.8 hiervor). Sodann erklärte die dipl. Logopädin I.____, aus logopädischer Sicht stehe einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nichts im Weg. Eine erfüllende Beschäftigung und Tagesstruktur könnte sich eher sogar positiv auf den weiteren Verlauf auswirken (IV-Nr. 31 S. 20 f.; E. II. 3.9 hiervor). Auch der Otorhinolaryngologe Prof. Dr. med. J.____ konnte gemäss seinem Bericht vom 2. November 2016 kein anatomisch morphologisches Korrelat für die von der Patientin angegebenen Beschwerden finden (IV-Nr. 31 S. 19; vgl. E. II. 3.10 hiervor). Ferner hielt die behandelnde Psychiaterin med. pract. K.____ in ihrem Bericht vom 18. November 2016 fest, die Beschwerdeführerin sei schwer auf ein anderes Thema als ihre körperliche Missempfindung (Schluckbeschwerden) zu lenken. Es seien verschiedene soziale Ängste zu vermuten, welche die Beschwerdeführerin durch die ausgiebige Beschäftigung mit ihrem Körper abwehre. Seit dem 1. November 2016 bestehe wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 31 S. 18; vgl. E. II. 3.11 hiervor). Auch der Gastroenterologe des L.____ (PD Dr. med. Y.____, Leitender Arzt) stellte in seinem Bericht vom 23. März 2017 die Diagnose eines «Reizdarmsyndroms vom Obstipationstyp» und erklärte, mit der von ihm vorgeschlagenen Medikation könne eine Verbesserung der Abdominalbeschwerden erreicht werden (IV-Nr. 31 S. 12 f.; vgl. E. II. 3.12 hiervor).

Schliesslich stellte auch PD Dr. med. N.____ aufgrund der Abdomensonographie vom 21. September 2017 fest, diese sei unauffällig (IV-Nr. 31 S. 10 f.; E. II. 3.13 hiervor).

Angesichts dieser zahlreich vorhandenen medizinischen Berichte der behandelnden Ärzte, welche mit den Begutachtungsergebnissen weitgehend übereinstimmen, kann das D.____-Gutachten nicht in Frage gestellt werden. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin drängte sich bei der gegebenen medizinischen Situation ein Beizug eines weiteren Facharztes nicht auf. Ebenso wenig bieten die Angaben des behandelnden Gastroenterologen Dr. med. N.____ zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin eine Grundlage für die Annahme, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (vgl. IV-Nr. 57 und 65 S. 24; vgl. E. II. 3.21 und 3.24 hiervor). Dr. med. N.____ stellt ■ im Vergleich zum D.____-Gutachten ■ anderslautende Diagnosen und beanstandet, das Gutachten gebe weder das Krankheitsbild noch den Leidensdruck der Patientin adäquat wieder, weshalb es abzulehnen sei. Er beanstandet, die medizinische Beurteilung sei aus gastroenterologischer Sicht fehlerhaft und das Gesamtkonzept der Erkrankung sowie der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei insuffizient dargestellt (vgl. IV-Nr. 65 S. 22 ff.; E. II. 3.23 und 3.24 hiervor). In den beiden per E-Mail zugestellten kurzen Stellungnahmen vom 27. März und 5. April 2019 werden von ihm jedoch keine neuen relevanten Aspekte oder Erkenntnisse aufgezeigt, aufgrund welcher die Beurteilung der D.____-Gutachter in Zweifel gezogen bzw. revidiert werden müsste. Auch wird von ihm nicht dargelegt, weshalb er die Art und Weise der Formulierungen im Gutachten als bedenklich und nicht im Sinne einer objektiven Gutachtensführung erachtet. Die Aussage, die medizinische Beurteilung sei aus gastroenterologischer Sicht fehlerhaft und das Gesamtkonzept der Erkrankung sowie der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien insuffizient dargestellt, bleibt unbegründet. Mit Blick auf oben wiedergegebenen weiteren Berichte der behandelnden Ärzte, welche das D.____-Gutachten stützen, vermögen seine Einwände nicht zu überzeugen, eine Auseinandersetzung mit dem D.____-Gutachten inhaltlicher Art liegt von ihm nicht vor.

4.5 Nach dem Gesagten besteht kein Anlass, von der Beurteilung der D.____-Gutachter abzuweichen, da insbesondere die Angaben von PD Dr. med. N.____ den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern vermögen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin gibt es keinen Grund, die fachliche Kompetenz von Dr. med. U.____ als Gutachter in Frage zu stellen. Das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, auf die aus der umfassenden polydisziplinären Begutachtung hervorgegangenen Erkenntnisse abzustellen, ist nach dem Gesagten nicht zu beanstanden. Es besteht entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin auch kein Anlass für weitere medizinische Abklärungsmassnahmen, da der medizinische Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin genügend und korrekt abgeklärt wurde.

E. 5

5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und

135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt seit dem 1. Oktober 2010 als Floristin bei B.____, [...], wobei davon auszugehen ist, dass das Arbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin primär aus gesundheitlichen Gründen auf Ende Februar 2017 aufgelöst wurde. So führte die damalige Arbeitgeberin aus, die Beschwerdeführerin sei aus gesundheitlichen Gründen für ein kleines Geschäft nicht mehr tragbar. Da der Beruf als Floristin körperlich relativ viel abverlange (Stehen den ganzen Tag, Heben von schweren Gegenständen, Temperaturschwankungen etc.), sei es nicht mehr vorstellbar, dass die Beschwerdeführerin den ganzen Tag als Floristin arbeite. Nach den Angaben der Arbeitgeberin war die Beschwerdeführerin bis zum 9. Mai 2016 mit einem Pensum von 100 %, vom 1. September bis Ende Oktober 2016 mit einem solchen von 50 % und danach ab 1. November 2016 erneut mit einem Pensum von 100 % tätig. Der AHV-pflichtige Lohn wurde mit CHF 48'000.00 pro Jahr angegeben. Ohne Gesundheitsschaden würde die Beschwerdeführerin in der ursprünglichen Tätigkeit zwischen CHF 4'300.00 und CHF 4'500.00 pro Monat verdienen (vgl. Fragebogen für Arbeitgebende vom 5. Januar 2018; IV-Nr. 33). Die Beschwerdegegnerin setzte das Valideneinkommen in der vorliegend angefochtenen Verfügung auf durchschnittlich CHF 4'400.00 pro Monat bzw. CHF 57'200.00 (inkl. 13. Monatslohn bzw. Gratifikation) pro Jahr fest, was nicht zu beanstanden ist. Die Höhe des Valideneinkommens wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten.

5.2 Da die Beschwerdeführerin seit dem 1. März 2017 keine Erwerbstätigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt mehr ausübt, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen. Nach den fachärztlichen Angaben der F.____-Gutachter ist der Beschwerdeführerin aufgrund der objektivierbaren somatischen und psychischen Befunde zuzumuten, die bisherige Tätigkeit als Floristin zu 80 % (bezogen auf ein Pensum von 100 %; d.h. 7 bis 8 Stunden pro Tag) auszuüben. Die Einschränkung bestehe aufgrund des leicht erhöhten Pausenbedarfs. In einer angepassten Tätigkeit (die Tätigkeit sollte aufgrund der subjektiven Beschwerden vorwiegend im Sitzen durchgeführt werden mit der Möglichkeit von Pausen und flexiblen Arbeitszeiten) bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % (bezogen auf ein 100%-Pensum; d.h. 8 Stunden pro Tag). Nach den gutachterlichen Angaben gelten diese Arbeits- und Leistungsfähigkeiten seit spätestens August 2017. Die leichten Leistungseinbussen der verschiedenen Fachrichtungen addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten und die gleiche Symptomatik betroffen sei (IV-Nr. 43.1 S. 7). Die Beschwerdegegnerin stellte zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf den Tabellenwert der LSE 2016 von CHF 4'363.00 bzw. CHF 3'926.70 (90 %) pro Monat ab (Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1 [Einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art], Frauen), was nicht zu beanstanden ist. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2018 und die Nominallohnentwicklung (2016: 105.0, 2018: 105.9) führt dies zu einem Einkommen von CHF 4'128.65 pro Monat bzw. CHF 49'544.00 pro Jahr.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten auszuüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden.

Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481, 126 V 75 E. 5b/bb S. 80). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte in der vorliegend angefochtenen Verfügung keinen leidensbedingten Abzug. Dies erscheint als sachgerecht, wurden die bestehenden Einschränkungen (erhöhter Pausenbedarf) doch mit dem reduzierten Pensum von 90 % bereits berücksichtigt. Zusätzliche Einschränkungen oder invaliditätsfremde Gründe, welche einen leidensbedingten Abzug rechtfertigten könnten, sind nicht ersichtlich. Damit bleibt es bei einem Invalideneinkommen von CHF 49'544.00 pro Jahr. Aus der Gegenüberstellung dieses Einkommens mit dem Valideneinkommen von CHF 57'200.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 13.38 % bzw. abgerundet von 13 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

6. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG habe invalide und von einer Invalidität bedrohte Versicherte (Art. 8 ATSG) unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerdeführerin lässt berufliche Massnahmen beantragen (vgl. Beschwerde, S. 2), ohne dies in der Beschwerdebegründung zu erläutern. Im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurden berufliche Massnahmen geltend gemacht, eventuell eine Umschulung oder eine sitzende Tätigkeit in einer Stiftung. Auf die Einschränkung der Beschwerdeführerin müsse Rücksicht genommen werden (vgl. IV-Nr. 52). Ein Anspruch auf eine Umschulung im Sinne von Art. 17 IVG setzt voraus, dass der Invaliditätsgrad ein bestimmtes erhebliches Mass erreicht hat; nach der Rechtsprechung ist dies der Fall, wenn der Versicherte in den ohne zusätzliche berufliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse von etwa 20 % erleidet (BGE 124 V 108 E. 2b S. 110). Mit dem ermittelten Invaliditätsgrad von 13 % besteht demnach kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Umschulung. Im Übrigen ist nicht ersichtlich, inwiefern die Beschwerdeführerin bei einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in ihrer bisherigen Tätigkeit als gelernte Floristin und bei einer solchen von 90 % in einer angepassten, d.h. vorwiegend sitzenden Tätigkeit eine Unterstützung im Sinne einer Arbeitsvermittlung benötigt. Auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt stehen genügend zumutbare Stellen offen, welche die Beschwerdeführerin mit ihrer Einschränkung ausüben könnte. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern sie dabei aus gesundheitlichen Gründen von der Beschwerdegegnerin unterstützt werden müsste. Die Stellenvermittlung fällt in die Zuständigkeit der Arbeitslosenversicherung. Somit ist auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verneinen.

7. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung vom 7. März 2019, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Massnahmen abgewiesen wurde, nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

E. 8

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Entscheid 9C_257/2020 vom 23. Juli 2020 bestätigt.

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