

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.165 vom 17. Juli 2020**

SO Obergericht, 2020-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.165](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.165)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.165 du 17 juillet 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.165 del 17 luglio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 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 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 17. Juli 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243).

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG (Art. 29 Abs. 1 IVG).

2.3 Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wiederherzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a) und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). Die Eingliederungsmassnahmen bestehen u.a. in Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; Art. 8 Abs. 3 lit. b IVG).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad auf Grund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Läuft noch keine Rente, ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt des (allfälligen) Rentenbeginns zu beziehen (BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2 S. 223 f., 128 V 174). Steht die Anpassung einer laufenden Rente zur Diskussion, ist der Zeitpunkt der Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung massgebend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011, E. 7.2.1). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2 S. 223 f.).

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f., 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) auf: Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008, E. 2.2.1 mit weiteren Hinweisen).

3.3 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).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 17. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

4.1 Dem Bericht über die Erstkonsultation in der E.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_, vom 21. Dezember 2017 (IV-Nr. 15 S. 4 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

1. ADPKD

Mikroalbuminurie

2. Morbus Crohn, ED August 2017

3. Nebendiagnosen:

Die Beschwerdeführerin habe sich im Ambulatorium anlässlich einer Standortbestimmung bei polyzystischen Nieren gezeigt. Die Nierenzysten seien aktenanamnestisch seit mehreren Jahren bekannt und regelmässig im Rahmen von gynäkologischen Kontrollen sonographisch kontrolliert worden. Seit ca. zehn Jahren bestünden dauernde Schmerzen im rechten Unterbauch. Bei Progression sei im August 2017 eine gastroenterologische Abklärung durchgeführt worden, wobei sich kolonoskopisch eine nicht stenosierende Ileitis terminalis habe nachweisen lassen, die mit einem Morbus Crohn vereinbar wäre. Eine Therapie mit Budenofalk p.o. habe nicht die gewünschte Schmerzlinderung erbracht, worauf ein im Oktober 2017 durchgeführtes CT-Abdomen eine Progredienz der Nierenzysten gezeigt habe. Aus dieser CT-Untersuchung sei eine Volumetrie beider Nieren ergänzt worden, wobei das Volumen der linken Niere 648 ml und der rechten Niere 303 ml betrage. Es seien keine malignomsuspekten renalen Raumforderung oder Einblutungen dargestellt worden. Hinsichtlich der Nierenzysten bestehe eine positive Anamnese von der

Seite der Schwester und fraglich auch der Mutter und Grossmutter mütterlicherseits. Die Familienanamnese bezüglich Hirnblutungen und Aneurysmata sei negativ. Bei dieser Konstellation der polyzystischen Nieren und der positiven Familienanamnese sei die Diagnose von ADPKD (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease) wahrscheinlich. Anlässlich der heutigen Untersuchung finde sich eine erhaltene Nierenfunktion (eGFR >90 ml/min nach CKD-EPI). Es bestehe weder eine Proteinurie noch eine Albuminurie. Bis auf einen leichten Vitamin D-Mangel zeige sich das übrige Labor unauffällig. Eine erneute Kontrolle sei in drei Monaten vorgesehen.

4.2 Einem Kurzbericht der E.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_, vom 6. Februar 2018 (IV-Nr. 15 S. 2 ff.), lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

1. ADPKD mit/bei

Mikroalbuminurie

Aktuell: grössenadjustiertes Nierenvolumen 583.4ml/m, Risikoklassifikation 1C nach Mayo-Kriterien, Therapieindikation für Tolvaptan gegeben

2. Morbus Crohn, ED August 2017

3. Nebendiagnosen:

Weiter lässt sich diesem Bericht entnehmen, dass aktuell eine normale Nierenfunktion entsprechend einem CKD Stadium G1A1 nach KDIGO vorliege. Es bestehe kein Hinweis für renale Folgeerkrankungen. Im CT sei ein Nierenstein linksseitig zu sehen, der klein sei und aktuell keine Beschwerden mache, sodass hier Allgemeinmassnahmen wie eine ausreichende Trinkmengen Zufuhr empfohlen würden. Der Blutdruck sei anhand der Praxismessungen optimal eingestellt. Es bestünden jedoch Zystenbeschwerden im Sinne einer Verdrängungssymptomatik mit vor allem rechtsseitig ausstrahlenden Schmerzen, die zum Teil invalidisierend seien und bereits zu einer notfallmässigen Vorstellung im Notfall geführt hätten. Diesbezüglich werde eine Nierenfunktionsszintigraphie durchgeführt, um eine mögliche funktionelle Obstruktion als Ursache der Beschwerden auszuschliessen. Gegebenenfalls sei eine probatorische Entlastungspunktion der Zyste zu befürworten. In der Volumetrie habe sich ein grössenadjustiertes Nierenvolumen von 583,4 ml/m entsprechend einer Risikoklasse 1C nach den Mayo-Kriterien ergeben. Es sei mit der Beschwerdeführerin besprochen worden, dass eine Indikation für einen Beginn mit Jinarc (Tolvaptan) gegeben sei, was auch sehr gut gegen eine zystenabhängige Schmerzsymptomatik sei. Die Beschwerdeführerin wolle sich das bis zur Nachkontrolle in einem Monat überlegen. Bei bekanntem Morbus Crohn werde derzeit keine Medikation eingenommen. Bei nicht auszuschliessender Aktivität bei rechtsseitigen Unterbauchschmerzen sei die Beschwerdeführerin der Gastroenterologie vorgestellt worden. Auf die diesbezüglichen Befunde werde verwiesen.

4.3 Am 4. Oktober 2018 unterzog sich die Beschwerdeführerin einem Eingriff in der G.\_\_\_\_ des Spitals F.\_\_\_\_ (Perkutane Punktion und Drainage Nierenzyste rechts). Dem hierzu ergangenen Operationsbericht vom 5. Oktober 2018 (IV-Nr. 22 S. 48 f.) lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin der Verdacht auf eine symptomatische Nierenzyste rechts bestehe. Die Beschwerdeführerin berichte über eine unveränderte Schmerzsymptomatik mit seit jeher bestehenden, tendenziell leicht progredienten Flankenschmerzen beidseits rechts > links von dumpfem Charakter. Die Schmerzen bestünden unabhängig von Bewegung oder Miktion. Diesbezüglich sei eine diagnostische

Punktion der Nierenzyste rechts besprochen worden. Sollte sich eine Beschwerderegradienz nach Nierenzystenpunktion ergeben, wäre eine Nierenzysten-Marsupialisation laparoskopisch zu diskutieren. Beim Eingriff sei eine Punktion der Nierenzyste und Drainage von 60 ml Nierenzystenflüssigkeit erfolgt.

Im Bericht der G.\_\_\_\_ vom 5. November 2018 (IV-Nr. 22 S. 46 f.) wurde festgehalten, aufgrund des undurchsichtigen Symptomverlaufes mit insbesondere fehlender Beschwerdelinderung trotz Grössenregredienz der Zystenpunktion werde bei der Beschwerdeführerin derzeit von einem operativen Einsteigen im Sinne einer Zystenmarsupialisation resp. -fenestration abgesehen, zumal auch eine Schmerzursache bei Morbus Crohn vorliegen könne.

4.4 Dem Sprechstundenbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt Universitätsspital, vom 28. Dezember 2018 (IV-Nr. 22 S. 31 f.), lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin der Verlauf des Morbus Crohn stabil sei. Sie habe keine Morbus Crohn relevanten Schmerzen. Sie habe Flankenschmerzen, die sich auf die Nierenerkrankung bezögen. Es sei mit der Beschwerdeführerin abgemacht worden, mit der Therapie zurückhaltend zu bleiben. Momentan werde keine neue Therapie angefangen. Sie nehme weiterhin das Medikament Jinarc 90 mg 1-0-1 für die Nierenfunktion und gegen die Schmerzen die Medikamente Novalgin 500 mg bei Bedarf und Tramadol zehn Tropfen (1-0-1) bei Bedarf. Die Kontrolle werde alle sechs Monate stattfinden mit einer klinischen Verlaufskontrolle sowie einer biologischen Kontrolle mittels Calprotectin. Falls sich die Calprotectin-Werte erhöhten ■ am 21. Dezember 2018 sei der Wert mit 60 ng/g nur leicht erhöht gewesen passend zu den drei kleinen Ulzerationen, die bei der Endoskopie gesehen worden seien ■, werde auf eine intensivere Therapie umgestellt (e.g. Budenofalk oder Imurek).

4.5 Am 31. Januar 2019 meldete sich Dr. med. H.\_\_\_\_ mit einem Nachbericht zur Histologie nach Ileo Kolonoskopie vom 17. Dezember 2018 (IV-Nr. 22 S. 29 f.). Darin führte er aus, in den Biopsien aus dem terminalem Ileum hätten sich Krypten- und Zottenarchitekturstörungen vereinbar mit einer terminalen Ileitis im Rahmen des vorbekannten Morbus Crohn gezeigt. Im Rahmen dieser Befunde werde die Beschwerdeführerin in die Sprechstunde zur Besprechung des weiteren Procederes aufgeboten.

Am 8. August 2019 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_ über die Sprechstunde vom 2. August 2019 (IV-Nr. 22 S. 18 f.). Es gebe keine Entzündungszeichen, keinen signifikanten Vitamin- oder Eisenmangel. Es gebe keine eindeutige extraintestinale Manifestation von der rheumatologischen Abklärung und die Beschwerdeführerin habe die gleichen Beschwerden wie das letzte Mal bei ihm auf der Station. Das Calprotectin sei fast im Normbereich, obwohl dieser Wert nicht so zuverlässig sei bei Dünndarmbefall. Deswegen könne man diese Flankenschmerzen rechts schwierig von der polyzystischen Nierenerkrankung unterscheiden, weshalb in erster Linie eine erneute Standortbestimmung mittels Ileo-Kolonoskopie durchzuführen wäre, bevor für eine Zweitlinientherapie mit Biologika Therapie oder einer empirischen Therapie mit Budesonid entschieden werde. Bei dieser zweiten Option habe es schon einen Rückfall gegeben, deshalb sei die nächste Phase eine Imurek Therapie. Das Problem von Imurek seien erhöhte Leberwerte, die schon stattfinden oder sich auch entwickeln könnten im Rahmen der Therapie der polyzystischen Nierenerkrankung. Als Alternative wäre eine empirische Therapie mit Steroiden wirksamer als Budesonid Therapie, aber sehr kontraindiziert im Rahmen der psychischen Erkrankung.

Er werde nach der Ileo-Koloskopie erneut berichten.

4.6 Am 14. März 2019 berichtete Prof. Dr. med. I. \_\_\_\_, Leitender Arzt Universitätsspital [ ], über die Jahreskontrolle vom 27. Februar 2019 (IV-Nr. 22 S. 27 f.). Er legte dar, die Beschwerdeführerin leide an einer polyzystischen Nierenerkrankung. Aufgrund der volumetrisch bestimmten Risikokategorie (Mayo Klasse 1C) hätten sie letztes Jahr die Indikation zur aquaretischen Therapie mit Jinarc gestellt und diese am 18. Mai 2018 eingeleitet. Die Therapie mit Jinarc werde gut toleriert, aktuell auf der Maximaldosis. An extrarenalen Komplikationen der Erkrankung seien bei der Beschwerdeführerin vereinzelte Leberzysten bekannt, in einem Schädel-MRI 2017 hätten die bei ADPKD gehäuft auftretenden Hirnbasis Aneurysmata ausgeschlossen werden können. Aktuell sei die Nierenfunktion weiterhin normal, renale sekundäre Komplikationen fehlten. Die Blutdruckwerte seien im Normbereich, eine medikamentöse Blutdrucksenkung sei aktuell nicht indiziert. Aus nephrologischer Sicht seien zurzeit keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen notwendig. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würden sie die Beschwerdeführerin zu den monatlichen Nachkontrollen der Leberwerte unter Jinarc Therapie und zu einer Jahreskontrolle in einem Jahr erneut sehen.

4.7 Am 2. April 2019 erging der Bericht des J. \_\_\_\_, des Spitals F. \_\_\_\_ (IV-Nr. 22 S. 23 ff.), worin über die Konsultation vom 6. März 2019 im Rahmen der interdisziplinären Schmerzsprechstunde (Schmerztherapie, Psychosomatik, Rheumatologie und Physiotherapie) berichtet wurde. Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen:

1. Chronische rechtsseitige Flankenschmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen
2. ADPKD (autosomal-dominante polycystische Nierenerkrankung ED ca. Dezember 2017 mit/bei:
3. Morbus Crohn, ED August 2017
4. Nebendiagnosen:

Die schmerztherapeutische Beurteilung habe ergeben, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome würden als chronische Schmerzen im Bereich der rechten Flanke mit zentraler Sensibilisierung (pathologischer Allopege-Test) und grossen psychischen Anteilen (auffällige Psychometrie und psychische Belastungssituation bei familiär schwieriger Situation) interpretiert. Entzündliche vertebrogene rheumatologische Komponenten als Schmerzursache seien bei unauffälliger körperlicher Untersuchung unwahrscheinlich. Eine nozizeptive Schmerzkomponente sei aufgrund der Vorerkrankungen (M. Crohn und Nierenerkrankung) nicht ausgeschlossen. Was die rheumatologische Beurteilung anbelange, seien die seit ca. drei Jahren bestehenden Flankenschmerzen mit Ausstrahlung nach inguinal sowie dorsales Bein rechts gemäss Untersuchung nicht auf ein muskuloskelettales Problem zurückzuführen, entsprechende Provokationstests sowie auch die neurologische Untersuchung seien unauffällig geblieben. Hinweise auf eine IBD-assoziierte entzündliche Erkrankung (wie z.B. Spondylarthritis) hätten sich nicht ergeben. Auch die Hysterektomie mit Salpingektomie habe keinen Einfluss auf das Schmerzempfinden. Inwiefern die Zystenniere oder die IBD einen viszeralen Schmerz projizieren könnten, könne letztendlich durch das J. \_\_\_\_ nicht beurteilt werden. Die Tatsache, dass v.a. psychischer Stress die Schmerzen triggere, weise in Zusammenschau mit der möglichen Reizdarmsymptomatik, der sehr schwierigen familiären

Situation (Ehemann mit Alport-Syndrom, 50%ige IV-Rente, aktuell nicht arbeitsfähig) sowie bei diffuser Schmerzsymptomatik eher auf eine chronifizierte Schmerzerkrankung mit psychischen und gegebenenfalls somatischen Anteilen hin (somatisch im Hinblick auf eine mögliche Mitursache der ADPKD/IBD). Es werde primär eine psychosomatische rehabilitative Massnahme empfohlen.

4.8 Dem Bericht über das Konsilium Neuropsychosomatik in der K.\_\_\_\_ Spital F.\_\_\_\_, vom 13. August 2019 (IV-Nr. 22 S. 15 ff.) ist die Diagnose «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen mit Arm- und Flankenschmerzen rechts und funktionelle (sensomotorische) Symptomausweitung» zu entnehmen. Weiter wurde dargelegt, die Hauptbeschwerde sei die bekannte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, mit in der heutigen Untersuchung diskreten Zeichen einer funktionellen sensomotorischen Symptomausweitung (in der Ausdehnung variable und keinem klaren Dermatom zuordenbare Hyperästhesie und ■algesie, asymmetrischer Vibrationssinn frontal, sakkadierte und inkongruente Kraftentfaltung im Bereiche der rechten Hand). Klinisch fänden sich keine klaren Hinweise für eine zusätzliche periphere Nervenaffektion (Kompression N. ulnaris, N. medianus) oder radikuläre Schmerzkomponente. Die beschriebene Klinik sei sowohl atypisch für ein differentialdiagnostisches epileptisches Geschehen oder eine fokale Dystonie. Ein MRI-Schädel sei bei bereits symptomatischer Patientin im Dezember 2017 unauffällig ausgefallen, so dass vorerst auf weitere Abklärungen verzichtet werde. Therapeutisch werde nebst einer regelmässig psychologischen/psychiatrischen Betreuung insbesondere auch ambulante Physiotherapie empfohlen. Es seien keine weiteren Verlaufskontrollen geplant.

4.9 Mit Austrittsbericht vom 19. September 2019 der K.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_, wurde über die stationäre Abklärung und Behandlung der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 23. Juli bis 14. August 2019 berichtet (IV-Nr. 19). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen:

1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen

Chronischer neuropathischer und nociceptiver Schmerz

Flankenschmerzen rechts

i. R. des M. Crohn, ADPKD, St. n. Salpingitis und Adnexitis

Bildgebungen:

Diagnostik:

Aktuell:

### E. 3.3

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).

4. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 17. Juli 2020 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden Akten relevant:

4.1 Dem Bericht über die Erstkonsultation in der E.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_, vom 21. Dezember 2017 (IV-Nr. 15 S. 4 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

1. ADPKD · positive Familienanamnese: Schwester, fraglich Mutter, Grossmutter · Klinik: Flankenschmerzen re (DD: bei M. Crohn, bei St. n. Salpingitis/Adnexitis) · Oktober 2017 CT: Nieren Volumina: 648 ml links und 303 ml rechts. · November 2017 erhaltene Nierenfunktion, eGFR > 90 mumm (CKD-EPI), keine Proteinurie, Mikroalbuminurie · MRI Schädel ausstehend

2. Morbus Crohn, ED August 2017 · August 2017 Kolonoskopie: Ileitis terminalis · seit August 2017 unter Budenofalk p.o.

3. Nebendiagnosen: · St. n. 3 Geburten per vias naturales (2010, 2009, 2004). Physiologische Graviditäten. · 2015 St.n. Hysterektomie mit linksseitiger Salpingektomie bei Adnexitis und Salpingitis

Die Beschwerdeführerin habe sich im Ambulatorium anlässlich einer Standortbestimmung bei polyzystischen Nieren gezeigt. Die Nierenzysten seien aktenanamnestisch seit mehreren Jahren bekannt und regelmässig im Rahmen von gynäkologischen Kontrollen sonographisch kontrolliert worden. Seit ca. zehn Jahren bestünden dauernde Schmerzen im rechten Unterbauch. Bei Progression sei im August 2017 eine gastroenterologische Abklärung durchgeführt worden, wobei sich koloskopisch eine nicht stenosierende Ileitis terminalis habe nachweisen lassen, die mit einem Morbus Crohn vereinbar wäre. Eine Therapie mit Budenofalk p.o. habe nicht die gewünschte Schmerzlinderung erbracht, worauf ein im Oktober 2017 durchgeführtes CT-Abdomen eine Progredienz der Nierenzysten gezeigt habe. Aus dieser CT-Untersuchung sei eine Volumetrie beider Nieren ergänzt worden, wobei das Volumen der linken Niere 648 ml und der rechten Niere 303 ml betrage. Es seien keine malignomsuspekten renalen Raumforderung oder Einblutungen dargestellt worden. Hinsichtlich der Nierenzysten bestehe eine positive Anamnese von der Seite der Schwester und fraglich auch der Mutter und Grossmutter mütterlicherseits. Die Familienanamnese bezüglich Hirnblutungen und Aneurysmata sei negativ. Bei dieser Konstellation der

polyzystischen Nieren und der positiven Familienanamnese sei die Diagnose von ADPKD (Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease) wahrscheinlich. Anlässlich der heutigen Untersuchung finde sich eine erhaltene Nierenfunktion (eGFR >90 ml/min nach CKD-EPI). Es bestehe weder eine Proteinurie noch eine Albuminurie. Bis auf einen leichten Vitamin D-Mangel zeige sich das übrige Labor unauffällig. Eine erneute Kontrolle sei in drei Monaten vorgesehen.

4.2 Einem Kurzbericht der E.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_, vom 6. Februar 2018 (IV-Nr. 15 S. 2 ff.), lassen sich folgende Diagnosen entnehmen: 1. ADPKD mit/bei positive Familienanamnese: Schwester, fraglich Mutter, Grossmutter · Klinik: Flankenschmerzen re (DD: bei M. Crohn, bei St. n. Salpingitis/Adnexitis) · Oktober 2017 CT: Nieren Volumina: 648 ml links und 303 ml rechts · November 2017 erhaltene Nierenfunktion, eGFR > 90 ml/min (CKD-EPI), keine Proteinurie, Mikroalbuminurie · Dezember 2017: MRI Schädel kein H.a. Aneurysmata Aktuell: grössenadjustiertes Nierenvolumen 583.4ml/m, Risikoklassifikation 1C nach Mayo-Kriterien, Therapieindikation für Tolvaptan gegeben 2. Morbus Crohn, ED August 2017 · (...) 3. Nebendiagnosen: · St. n. 3 Geburten per vias naturales (2010, 2009, 2004). Physiologische Graviditäten. · 2015 St.n. Hysterektomie mit linksseitiger Salpingektomie bei Adnexitis und Salpingiti Weiter lässt sich diesem Bericht entnehmen, dass aktuell eine normale Nierenfunktion entsprechend einem CKD Stadium G1A1 nach KDIGO vorliege. Es bestehe kein Hinweis für renale Folgeerkrankungen. Im CT sei ein Nierenstein linksseitig zu sehen, der klein sei und aktuell keine Beschwerden mache, sodass hier Allgemeinmassnahmen wie eine ausreichende Trinkmengen Zufuhr empfohlen würden. Der Blutdruck sei anhand der Praxismessungen optimal eingestellt. Es bestünden jedoch Zystenbeschwerden im Sinne einer Verdrängungssymptomatik mit vor allem rechtsseitig ausstrahlenden Schmerzen, die zum Teil invalidisierend seien und bereits zu einer notfallmässigen Vorstellung im Notfall geführt hätten. Diesbezüglich werde eine Nierenfunktionsszintigraphie durchgeführt, um eine mögliche funktionelle Obstruktion als Ursache der Beschwerden auszuschliessen. Gegebenenfalls sei eine probatorische Entlastungspunktion der Zyste zu befürworten. In der Volumetrie habe sich ein grössenadjustiertes Nierenvolumen von 583,4 ml/m entsprechend einer Risikoklasse 1C nach den Mayo-Kriterien ergeben. Es sei mit der Beschwerdeführerin besprochen worden, dass eine Indikation für einen Beginn mit Jinarc (Tolvaptan) gegeben sei, was auch sehr gut gegen eine zystenabhängige Schmerzsymptomatik sei. Die Beschwerdeführerin wolle sich das bis zur Nachkontrolle in einem Monat überlegen. Bei bekanntem Morbus Crohn werde derzeit keine Medikation eingenommen. Bei nicht auszuschliessender Aktivität bei rechtsseitigen Unterbauchschmerzen sei die Beschwerdeführerin der Gastroenterologie vorgestellt worden. Auf die diesbezüglichen Befunde werde verwiesen.

4.3 Am 4. Oktober 2018 unterzog sich die Beschwerdeführerin einem Eingriff in der G.\_\_\_\_ des Spitals F.\_\_\_\_ (Perkutane Punktion und Drainage Nierenzyste rechts). Dem hierzu ergangenen Operationsbericht vom 5. Oktober 2018 (IV-Nr. 22 S. 48 f.) lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin der Verdacht auf eine symptomatische Nierenzyste rechts bestehe. Die Beschwerdeführerin berichte über eine unveränderte Schmerzsymptomatik mit seit jeher bestehenden, tendenziell leicht progredienten Flankenschmerzen beidseits rechts > links von dumpfem Charakter. Die Schmerzen bestünden unabhängig von Bewegung oder Miktion. Diesbezüglich sei eine diagnostische Punktion der Nierenzyste rechts besprochen worden. Sollte sich eine Beschwerderegradienz nach Nierenzystenpunktion ergeben, wäre eine Nierenzysten-Marsupialisation laparoskopisch zu diskutieren. Beim Eingriff sei eine Punktion der Nierenzyste und Drainage von 60 ml Nierenzystenflüssigkeit erfolgt. Im

Bericht der G.\_\_\_\_ vom 5. November 2018 (IV-Nr. 22 S. 46 f.) wurde festgehalten, aufgrund des undurchsichtigen Symptomverlaufes mit insbesondere fehlender Beschwerdelinderung trotz Grössenregredienz der Zystenpunktion werde bei der Beschwerdeführerin derzeit von einem operativen Einsteigen im Sinne einer Zystenmarsupialisation resp. -fenestration abgesehen, zumal auch eine Schmerzursache bei Morbus Crohn vorliegen könne. 4.4

Dem Sprechstundenbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt Universitätsspital, vom 28. Dezember 2018 (IV-Nr. 22 S. 31 f.), lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin der Verlauf des Morbus Crohn stabil sei. Sie habe keine Morbus Crohn relevanten Schmerzen. Sie habe Flankenschmerzen, die sich auf die Nierenerkrankung bezögen. Es sei mit der Beschwerdeführerin abgemacht worden, mit der Therapie zurückhaltend zu bleiben. Momentan werde keine neue Therapie angefangen. Sie nehme weiterhin das Medikament Jinarc 90 mg 1-0-1 für die Nierenfunktion und gegen die Schmerzen die Medikamente Novalgin 500 mg bei Bedarf und Tramadol zehn Tropfen (1-0-1) bei Bedarf. Die Kontrolle werde alle sechs Monate stattfinden mit einer klinischen Verlaufskontrolle sowie einer biologischen Kontrolle mittels Calprotectin. Falls sich die Calprotectin-Werte erhöhten – am 21. Dezember 2018 sei der Wert mit 60 ng/g nur leicht erhöht gewesen passend zu den drei kleinen Ulzerationen, die bei der Endoskopie gesehen worden seien –, werde auf eine intensivere Therapie umgestellt (e.g. Budenofalk oder Imurek). 4.5

Am 31. Januar 2019 meldete sich Dr. med. H.\_\_\_\_ mit einem Nachbericht zur Histologie nach Ileo Kolonoskopie vom 17. Dezember 2018 (IV-Nr. 22 S. 29 f.). Darin führte er aus, in den Biopsien aus dem terminalem Ileum hätten sich Krypten- und Zottenarchitekturstörung vereinbar mit einer terminalen Ileitis im Rahmen des vorbekannten Morbus Crohn gezeigt. Im Rahmen dieser Befunde werde die Beschwerdeführerin in die Sprechstunde zur Besprechung des weiteren Procederes aufgeboten. Am 8. August 2019 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_ über die Sprechstunde vom 2. August 2019 (IV-Nr. 22 S. 18 f.). Es gebe keine Entzündungszeichen, keinen signifikanten Vitamin- oder Eisenmangel. Es gebe keine eindeutige extraintestinale Manifestation von der rheumatologischen Abklärung und die Beschwerdeführerin habe die gleichen Beschwerden wie das letzte Mal bei ihm auf der Station. Das Calprotectin sei fast im Normbereich, obwohl dieser Wert nicht so zuverlässig sei bei Dünndarmbefall. Deswegen könne man diese Flankenschmerzen rechts schwierig von der polyzystischen Nierenerkrankung unterscheiden, weshalb in erster Linie eine erneute Standortbestimmung mittels Ileo-Kolonoskopie durchzuführen wäre, bevor für eine Zweitlinientherapie mit Biologika Therapie oder einer empirischen Therapie mit Budesonid entschieden werde. Bei dieser zweiten Option habe es schon einen Rückfall gegeben, deshalb sei die nächste Phase eine Imurek Therapie. Das Problem von Imurek seien erhöhte Leberwerte, die schon stattfinden oder sich auch entwickeln könnten im Rahmen der Therapie der polyzystischen Nierenerkrankung. Als Alternative wäre eine empirische Therapie mit Steroiden wirksamer als Budesonid Therapie, aber sehr kontraindiziert im Rahmen der psychischen Erkrankung. Er werde nach der Ileo-Koloskopie erneut berichten. 4.6

Am 14. März 2019 berichtete Prof. Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt Universitätsspital [...], über die Jahreskontrolle vom 27. Februar 2019 (IV-Nr. 22 S. 27 f.). Er legte dar, die Beschwerdeführerin leide an einer polyzystischen Nierenerkrankung. Aufgrund der volumetrisch bestimmten Risikokategorie (Mayo Klasse 1C) hätten sie letztes Jahr die Indikation zur aquaretischen Therapie mit Jinarc gestellt und diese am 18. Mai 2018 eingeleitet. Die Therapie mit Jinarc werde gut toleriert, aktuell auf der Maximaldosis. An extrarenalen Komplikationen der Erkrankung seien bei der Beschwerdeführerin vereinzelte Leberzysten bekannt, in einem Schädel-MRI 2017 hätten die bei ADPKD gehäuft auftretenden Hirnbasis Aneurysmata ausgeschlossen

werden können. Aktuell sei die Nierenfunktion weiterhin normal, renale sekundäre Komplikationen fehlten. Die Blutdruckwerte seien im Normbereich, eine medikamentöse Blutdrucksenkung sei aktuell nicht indiziert. Aus nephrologischer Sicht seien zurzeit keine weiteren diagnostischen oder therapeutischen Massnahmen notwendig. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, würden sie die Beschwerdeführerin zu den monatlichen Nachkontrollen der Leberwerte unter Jinarc Therapie und zu einer Jahreskontrolle in einem Jahr erneut sehen.

4.7 Am 2. April 2019 erging der Bericht des J. \_\_\_ des Spitals F. \_\_\_ (IV-Nr. 22 S. 23 ff.), worin über die Konsultation vom 6. März 2019 im Rahmen der interdisziplinären Schmerzsprechstunde (Schmerztherapie, Psychosomatik, Rheumatologie und Physiotherapie) berichtet wurde. Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen: 1. Chronische rechtsseitige Flankenschmerzen mit somatischen und psychischen Anteilen · bekannter ADPKD sowie M. Crohn (DD viszerale Schmerzprojektion), St.n. Hysterektomie/Salpingektomie 2015 · V.a. mögliche Reizdarmsymptomatik (alternierend Obstipation und Diarrhoe) 2. ADPKD (autosomal-dominante polycystische Nierenerkrankung ED ca. Dezember 2017 mit/bei: · November 2017 erhaltene Nierenfunktion 3. Morbus Crohn, ED August 2017 · aktuell ohne Basistherapie 4. Nebendiagnosen: · St. n. 3 natürlichen Geburten (2010, 2009, 2004). Physiologische Graviditäten. · Nikotinabusus, ca. 20 PY Die schmerztherapeutische Beurteilung habe ergeben, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Symptome würden als chronische Schmerzen im Bereich der rechten Flanke mit zentraler Sensibilisierung (pathologischer Algopeg-Test) und grossen psychischen Anteilen (auffällige Psychometrie und psychische Belastungssituation bei familiär schwieriger Situation) interpretiert. Entzündliche vertebrogene rheumatologische Komponenten als Schmerzursache seien bei unauffälliger körperlicher Untersuchung unwahrscheinlich. Eine nozizeptive Schmerzkomponente sei aufgrund der Vorerkrankungen (M. Crohn und Nierenerkrankung) nicht ausgeschlossen. Was die rheumatologische Beurteilung anbelange, seien die seit ca. drei Jahren bestehenden Flankenschmerzen mit Ausstrahlung nach inguinal sowie dorsales Bein rechts gemäss Untersuchung nicht auf ein muskuloskelettales Problem zurückzuführen, entsprechende Provokationstests sowie auch die neurologische Untersuchung seien unauffällig geblieben. Hinweise auf eine IBD-assozierte entzündliche Erkrankung (wie z.B. Spondylarthritis) hätten sich nicht ergeben. Auch die Hysterektomie mit Salpingektomie habe keinen Einfluss auf das Schmerzempfinden. Inwiefern die Zystenniere oder die IBD einen viszeralen Schmerz projizieren könnten, könne letztendlich durch das J. \_\_\_ nicht beurteilt werden. Die Tatsache, dass v.a. psychischer Stress die Schmerzen triggere, weise in Zusammenschau mit der möglichen Reizdarmsymptomatik, der sehr schwierigen familiären Situation (Ehemann mit Alport-Syndrom, 50%ige IV-Rente, aktuell nicht arbeitsfähig) sowie bei diffuser Schmerzsymptomatik eher auf eine chronifizierte Schmerzkrankung mit psychischen und gegebenenfalls somatischen Anteilen hin (somatisch im Hinblick auf eine mögliche Mitursache der ADPKD/IBD). Es werde primär eine psychosomatische rehabilitative Massnahme empfohlen.

4.8 Dem Bericht über das Konsilium Neuropsychosomatik in der K. \_\_\_ Spital F. \_\_\_, vom 13. August 2019 (IV-Nr. 22 S. 15 ff.) ist die Diagnose «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen mit Arm- und Flankenschmerzen rechts und funktionelle (sensomotorische) Symptomausweitung» zu entnehmen. Weiter wurde dargelegt, die Hauptbeschwerde sei die bekannte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen, mit in der heutigen Untersuchung diskreten Zeichen einer funktionellen sensomotorischen Symptomausweitung (in der Ausdehnung variable

und keinem klaren Dermatom zuordenbare Hyperästhesie und –algesie, asymmetrischer Vibrationssinn frontal, sakkadierte und inkongruente Kraftentfaltung im Bereiche der rechten Hand). Klinisch fänden sich keine klaren Hinweise für eine zusätzliche periphere Nervenaffektion (Kompression N. ulnaris, N. medianus) oder radikuläre Schmerzkomponente. Die beschriebene Klinik sei sowohl atypisch für ein differentialdiagnostisches epileptisches Geschehen oder eine fokale Dystonie. Ein MRI-Schädel sei bei bereits symptomatischer Patientin im Dezember 2017 unauffällig ausgefallen, so dass vorerst auf weitere Abklärungen verzichtet werde. Therapeutisch werde nebst einer regelmässig psychologischen/psychiatrischen Betreuung insbesondere auch ambulante Physiotherapie empfohlen. Es seien keine weiteren Verlaufskontrollen geplant.

4.9 Mit Austrittsbericht vom 19. September 2019 der K.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_, wurde über die stationäre Abklärung und Behandlung der Beschwerdeführerin in der Zeit vom 23. Juli bis 14. August 2019 berichtet (IV-Nr. 19). Folgende Diagnosen lassen sich diesem Bericht entnehmen: 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen Chronischer neuropathischer und nociceptiver Schmerz Flankenschmerzen rechts i. R. des M. Crohn, ADPKD, St. n. Salpingitis und Adnexitis Bildgebungen: · Oktober 2017 CT Abdomen: Multiple kortikale Nierenzysten, rechtsseitig leicht progredient im Vergleich zur Voruntersuchung. Bekannte Leberzysten. Nieren Volumina: 648 ml links und 303 ml rechts. · Dezember 2017 MRI Schädel: Altersentsprechendes unauffälliges Hirnparenchym. Kein Anhalt für ein cerebrales Aneurysma. · 24. Januar 2018 CT Abdomen: Kein Nierenstein. Zyste Niere links leicht eingeblutet mit Parenchymverkalkung. Zyste rechts ohne Einblutung. · 24. Januar 2018 Sonographie Nieren: Bilateral polyzystische Nieren. Rechte Niere mit zwei grösseren Zysten gegen dorsal hin, Kelchsystem in gesamter Niere schlank. Pyelon ebenfalls schlank. · Februar 2018 Szintigraphie Nieren: keine relevante Abflussstörung · November 2018 Sonographie Nieren: keine NBKS-Ektasie bds., kein Restharn. Bilaterale Nierenzysten unterschiedlicher Grösse. Am rechten Unterpol im Vergleich zu Voruntersuchung deutlich kleinere Nierenzysten Diagnostik: · 20. Februar 2018 Oesophagogastro-Duodenoskopie: unauffälliger Befund. Biopsien ohne histopathologischen Veränderungen ·

## **E. 7**

August 2019 Ileo-Koloskopie: Leichtgradige Entzündung

Interventionen:

2. Depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt i.R. Diagnose 1
3. Autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung ADPKD
4. Morbus Crohn, ED August 2017
5. Mangelernährung

Die Beschwerdeführerin sei in das multimodale Therapiekonzept integriert und von physio-, ergo- und psychotherapeutischer sowie pflegerischer und ärztlicher Seite betreut und behandelt worden. Bei Eintritt habe sich eine offene und freundliche Beschwerdeführerin mit deutlichem Leidensdruck präsentiert. Sie habe über starke Schmerzen der rechten Flanke sowie des rechten Armes und der rechten Hand berichtet. Klinisch hätten palpable Nieren beidseits sowie ein aktives Flexionsdefizit der Dig IV und V rechts imponiert. Passiv seien die Finger frei beweglich. Laborchemisch hätten sich bis auf eine leichte Hypalbuminämie (34 g/L) keinerlei Auffälligkeiten gezeigt. Im EKG sei ein

normokarder Sinusrhythmus gesehen worden. Am 2. August 2019 habe eine gastroenterologische Untersuchung im [ ] stattgefunden. Dabei sei eine stabile Situation bezüglich des M. Crohns gesehen worden. Trotzdem habe am 7. August 2019 zur Standortbestimmung vor der Entscheidung bzgl. weiterer Therapie eine Ileo-Koloskopie stattgefunden, bei welcher sich lediglich eine leichtgradige Entzündung ergeben habe. Somit sei von weiteren pharmakologischen Massnahmen abgesehen worden. Bereits bei Eintritt sei die Beschwerdeführerin sehr reflektiert in Bezug auf die Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und körperlichen Symptomen gewesen. Sie habe im Vorfeld festgestellt, dass es bei erhöhtem Stresslevel und Anspannungszuständen jeweils zu Schmerzexazerbationen und auch Depersonalisationsgefühlen gekommen sei. Bis auf die Einnahme von Tramadoltropfen habe die Beschwerdeführerin jedoch bisher keine Bewältigungsstrategien gekannt. Früher habe sie sich jeweils geschnitten, was sie jedoch seit elf Jahren nicht mehr gemacht habe. Es sei versucht worden, im Rahmen der Hospitalisation alternative Strategien zu erarbeiten. Ausserdem sei gemeinsam mit der Beschwerdeführerin ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell erarbeitet worden, wofür sie sich offen gezeigt habe. Aufgrund von Schlafstörungen sei eine Medikation mit Surmontil (Trimipramin) installiert worden, welches eine gute Wirksamkeit gezeigt habe. Die Flankenschmerzen seien versuchsweise mit Neurodol Pflaster behandelt worden. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin wiederholt über von den Händen aufsteigende Taubheitsgefühle berichtet. Das Auftreten sei fluktuierend gewesen. Klinisch habe keine radikuläre Symptomatik bestanden, kein Verdacht auf ein Carpaltunnelsyndrom, so dass bei Parästhesien am ehesten von einer funktionellen Ursache ausgegangen worden sei. Diesbezüglich sei die Beschwerdeführerin auch in der neurologischen Sprechstunde vorgestellt worden, dabei sei ebenfalls von einer funktionell-sensiblen Symptomausweitung bei chronischem Schmerzsyndrom ausgegangen worden. Zur Organisation einer Entlastung im Alltag habe ein Termin bei der internen Sozialberatung stattgefunden. Bereits vor dem Eintritt habe die Beschwerdeführerin Unterstützung durch den lokalen Sozialdienst und die Familienstelle erhalten. Zusätzlich sei nun noch eine psychiatrische Spitex arrangiert worden, damit sich die Beschwerdeführerin über Schwierigkeiten auf wöchentlicher Basis austauschen könne. Durch die bereits genannten Massnahmen sei es im Verlauf des Aufenthaltes zu einer Aufhellung der Stimmung und leichter Abnahme der körperlichen Beschwerden gekommen. Auch psychometrisch habe sich eine deutliche Reduktion der Symptomatik gezeigt. Zusammenfassend sei bei der Beschwerdeführerin von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen auszugehen. Die pain- und actionprone Anamnese sowie der Migrationshintergrund stellten Risikofaktoren für eine Schmerzchronifizierung dar. Die im Rahmen der Hospitalisation erreichten Fortschritte bedürften weiterer Festigung durch eine nahtlos anschliessende ambulante Betreuung. Ausserdem sei es essentiell, dass die Beschwerdeführerin im Alltag mehr entlastet werden könne. In der Psychometrie habe sich im Psychopathologie Screening (SCL-27) eine deutliche Reduktion in den Bereichen Depressivität, Dysthymie, Agoraphobie und Misstrauen gezeigt. Weiterhin seien die Angst- und Depressionswerte (HADS) im Vergleich zur Eintrittsbefragung leicht rückläufig. Dennoch hätten sich die Werte ausserhalb des Normbereichs befunden. Weder die Schmerzstärke noch die Schmerzintensität würden reduziert wahrgenommen. Die Werte des (BPI) hätten jedoch eine deutliche Reduktion in der Wahrnehmung der Schmerzfolgen gezeigt. Der schmerzbedingte Ärger (FESV) sei ebenfalls rückläufig gewesen. Momentan sei bei der Beschwerdeführerin keine weitere therapeutische Anschlusslösung vorgesehen. Alternativ

werde ihr eine Liste mit möglichen therapeutischen Anlaufstellen mitgegeben.

4.10 Mit Bericht vom 22. Oktober 2019 empfahl Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, RAD, nach Würdigung der Aktenlage die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens in den Fachrichtungen Gastroenterologie, Nephrologie, Psychiatrie, Neurologie und Allgemeine Innere Medizin. Es handle sich um eine komplexe psychosomatische Gesamtsituation mit chronischer Schmerzproblematik mit relevanten IV-fremden Komponenten. Neben gastroenterologischen (M. Crohn) und nephrologischen (Autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung ADPKD) Beschwerden seien im Rahmen einer psychosomatischen stationären Therapie die psychischen Anteile der Schmerzstörung bewusst gemacht worden. Bezüglich der Arbeitsunfähigkeit fehlten Angaben bzw. Beurteilungen zur möglichen Verweistätigkeit sowie dem Verlauf und der Prognose (IV-Nr. 23).

4.11 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 25. März 2020 (IV-Nr. 32) wurden folgende Diagnosen gestellt (IV-Nr. 32 S. 8):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

keine

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin habe vorrangig topisch weit ausgedehnte, teils intensive Schmerzen vorgetragen. Die Befunde hätten keine Anhaltspunkte für eine invalidisierende Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten sowie einer vergleichbaren Arbeit ergeben. Die aktenkundige Bewertung einer «komplexen» Gesundheitsstörung lasse sich nicht teilen: Für die reklamierten Schmerzen habe sich zumindest hinsichtlich der Ausprägung kein hinreichendes Befundkorrelat gefunden, das weit ausgedehnte Schmerzmuster sei mit den bestehenden Nierenzysten nicht erklärt. Die Darmerkrankung ruhe klinisch, eine neurologische Erklärung finde sich nicht und die psychische Störung sei leichtgradig ausgeprägt. Das Labor zeige keine wirksamen Spiegel der angegebenen Analgetika. Die Indikatoren würden für eine erhaltene soziale Aktivität und Integration, Selbständigkeit und Selbstversorgungsfähigkeit im Alltag sprechen, was die Annahme einer Arbeitsfähigkeit mithin stütze. Die Schmerzverteilung sei zudem untypisch für eine nephrogene, neurogene oder retroperitoneale Genese, da eine Projektion in die Extremitäten für Nierenzysten und einen Morbus Crohn untypisch seien und auch kein neurogenes Fortleitungsmuster abzugrenzen sei. Eine erhebliche psychische Störung liege zudem ausweislich des hiesigen Befundes nach AMDP nicht vor. Die Annahme einer Leibseele-Interaktion (Psychosomatik) sei also weder aus somatischer noch aus psychischer Richtung plausibel, zumal sich auch aus psychischer Sicht kein begründender ungelöster seelischer Konflikt herausarbeiten lasse. Die somatischen Grund-erkrankungen seien objektiv gering ausgeprägt bzw. gut kompensiert (Morbus Crohn), könnten jedoch durchaus Gesundheitssorgen begründen, wobei im Fall der Beschwerdeführerin aber keine erhebliche psychische Fehlverarbeitung zu erkennen sei. Die aktenkundige Einordnung als «komplex» möge dementsprechend besser auch als «unverstanden» bzw. bislang «missverstanden» bezeichnet werden, zumal die Diskrepanz zwischen anamnestischen Schmerzklagen einerseits und klinischem Eindruck, objektiven Befunden und Laborbefund andererseits auch eine Aggravation nahelegten. Unter einer psychosomatischen Erkrankung werde eine im materiellen (somatischen) wirkende seelische Störung verstanden. Der Morbus Crohn repräsentiere eine autoimmunvermittelte Darmerkrankung, Zystennieren eine genetisch

determinierte Gesundheitsstörung. Beide Entitäten seien somatisch verstandene Sui-generis-Erkrankungen und bedürften keines seelischen Anstosses. Eine affektive Störung (hier Angst und Depression gemischt) schliesse nach den ICD-10-Regeln die Kodierung einer psychogenen Schmerzstörung (F45.4 Diagnosen) aus, komme hier also nicht in Betracht. Die aktenkundige psychosomatische Bewertung sei also nicht zu bestätigen. Die bei als «psychosomatisch» bedingt interpretierten Störungen angenommene negative Interaktion von Leib (Soma) und Seele (Psyche) sei schulmedizinisch nicht unstrittig, bedürfe hier aber auch keiner weiteren Diskussion, da die erhobenen Belege für eine Aggravation durch eine hypothetische psychosomatische Annahme nicht aufgehoben würden, also auch unter dieser Annahme ein leistungsfremder Anteil (Aggravation) bestehen bleibe, sich eine invalidisierende Gesundheitsstörung somit nicht hinreichend (nicht überwiegend wahrscheinlich) begründen lasse (IV-Nr. 32 S. 6 f.).

4.12 Gemäss Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 8. Mai 2020 (IV-Nr. 37) erscheine das polydisziplinäre Gutachten aus versicherungsmedizinischer Sicht nachvollziehbar und schlüssig. Es liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor, wie im Gutachten angegeben, bis auf die akutstationären Aufenthalte mit einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

4.13 Im Beschwerdeverfahren liess die Beschwerdeführerin den Abschlussbericht Ergotherapie von Frau L.\_\_\_\_, dipl. Ergotherapeutin HF, Spital F.\_\_\_\_, vom 6. September 2019 einreichen (BB 6). Darin wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe regelmässig das Angebot der Ergotherapie besucht. In der kompetenzzentrierten gestalterischen Ateliergruppe habe sie sich mit verschiedenen Materialien betätigt. Sie habe ihre Werkstücke kreativ und eigenständig gestaltet. Sie habe sich bei der Problemlösung in schwierigen Situationen beteiligt. Ihre Arbeitsweise sei konzentriert und sorgfältig gewesen. Sie habe gelernt, die Arbeitszeit besser zu dosieren und vermehrt Pausen zu machen. So habe sie die Schmerzen besser unter Kontrolle halten können. Zu langes Arbeiten habe zu Schmerzexazerbationen geführt. In der Gruppe sei sie offen und interessiert am Geschehen gewesen. In der Einzeltherapie sei sie über die ergonomischen Prinzipien beim Staubsaugen und Fenster putzen instruiert worden. Sie habe versucht, diese an einem Wochenende auch zu Hause anzuwenden und habe bei der Ausführung weniger Schmerzen erlebt. Die Beschwerdeführerin habe viele Interessen in verschiedenen Bereichen. Für die Zukunft priorisiere sie sportliche Aktivitäten, Aktivitäten mit den Kindern und soziale Kontakte mit Freunden.

5. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. März 2020 (IV-Nr. 32), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Das D.\_\_\_\_-Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (IV-Nr. 32 S. 34 ■ 36, 69 ■ 71, 104 ■ 106, 133 ■ 142; vgl. auch IV-Nr. 32 S. 174 ■ 179 betreffend Laboruntersuchungen) sowie die ihnen vorliegenden Vorakten studiert haben (IV-Nr. 32 S. 14 ■ 26, 49 ■ 61, 85 ■ 96, 120 ■ 131, 155 ■ 166). Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

5.1 Im allgemeininternistischen Teilgutachten wurde ausgeführt, die Untersuchung habe die kardiale und pulmonale Befunderhebung vor und nach dem Belastungstest wie auch den arteriellen Gefässstatus unauffällig gezeigt. Das EKG habe einen unauffälligen

Stromkurvenverlauf gezeigt. Die Blutdruckmessungen hätten in Ruhe sowie nach der Belastungsphase normotone Werte gezeigt. Nach der Belastung seien Flankenschmerz rechts und Beinschmerz rechts angegeben worden, die nach 5-minütiger Ruhezeit als gebessert angegeben worden seien. Die rechte Flanke habe zudem während der körperlichen Untersuchung eine Klopfdolenz gezeigt, die am ehesten als Hinweis auf eine Raumforderung bei Nierenzysten zu verstehen sei. Hinsichtlich des Beinschmerzes sei bei Fehlen sonstiger richtungsweisender Hinweise, beispielsweise einer Claudicatio intermittens (PAVK) oder peripherer Ödeme, und einem unauffälligen arteriellen Gefäßstatus keine entsprechende internistische Ursache naheliegend. Der abdominelle Befund habe bei beschwerdefrei angegebenem Verlauf des M. Crohn neben einer leichtgradigen Druckdolenz, die bei tiefer Palpation über dem rechten Unterbauch auslösbar gewesen sei, sonst keine Auffälligkeiten geboten. Die Ultraschalldiagnostik des Abdomens habe beidseits multiple Nierenzysten sowie vereinzelte Leberzysten bei bekannter ADPKD sowie bei Druckdolenz über dem terminalen Ileum dort sonographisch unauffällige Verhältnisse gezeigt. Die Labordiagnostik habe die Lebertransaminase GPT geringgradig erhöht gezeigt als Hinweis auf eine Leberbelastung. Der Glukosewert sei aufgrund der nicht nüchtern erfolgten Blutentnahme erhöht, der HbA1c-Wert, ein Übersichtswert der Blutzuckereinstellung der vergangenen drei Monate, sei unauffällig gewesen. Die niedrigen Medikamentenspiegel der Schmerzmittel Tramadol und Metamizol widersprächen den anamnestischen Angaben einer erheblichen Schmerzbeeinträchtigung. Der erhöhte Calprotectin-Wert im Labor sei im Rahmen des Morbus Crohn zu verstehen. Der Morbus Crohn sei aktuell klinisch nicht namhaft aktiv, mithin erfolge eine Behandlung aktuell nicht, so dass also auch Behandlungsreserven bestünden. Die anamnestisch berichtete aktive Alltagsgestaltung mit den Befähigungen, wesentliche Anteile der Haushaltsbesorgungen wie die Reinigung der Wohnung und das Waschen der Wäsche alleine sowie das Kochen und Einkaufen gemeinsam mit der Familie zu erledigen, am Morgen die Schulvorbereitungen der Kinder zu leisten, am Nachmittag deren Hausaufgaben erledigungen zu beaufsichtigen und mit den Kindern zu basteln, bis zu zweimal wöchentlich ein Fitnessstudio zu besuchen, am Abend 20 Minuten Gymnastikübungen zu betreiben, im Jahr 2017 eine Urlaubsreise mit dem Flugzeug über eine Woche in die [ ] durchzuführen sowie am Abend Gesellschaftsspiele zu spielen, sprächen für erhaltene Ressourcen. Bei derzeit beschwerdefreiem Verlauf ergäben sich aufgrund des M. Crohn und den Zystennieren (ADPKD) internistisch bedingt keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Produktion des Uhrenherstellers B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 32 S. 39 f.). Auch rückblickend sei anamnestisch und aktenkundig keine internistische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Produktionsmitarbeiterin eines Uhrenherstellers zu erkennen. Anderslautende internistische Berichte mit internistisch begründeten Arbeitsunfähigkeiten lägen nicht vor (IV-Nr. 32 S. 44). Diese Beurteilung lässt sich anhand der erhobenen Befunde nachvollziehen. Sie ist inhaltlich überzeugend. Entgegenstehende ärztliche Stellungnahmen aus dem Fachgebiet der Inneren Medizin sind nicht aktenkundig.

5.2 Im nephrologischen Teilgutachten der D.\_\_\_\_ stützt sich der Gutachter auf seine umfassende Befunderhebung sowie die Vorakten und kommt gestützt darauf in überzeugender Weise zum Schluss, dass aus nephrologischer Sicht in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Die Beschwerdeführerin beklage Flanken-, Bauch- und Rückenschmerzen sowie rechtsseitige

Schmerzen vom Arm bis in das Bein ausstrahlend. Die Abdominalschmerzen bestünden seit 2015. Aktenkundig und anamnestisch lägen aus nephrologischer Sicht eine autosomal-dominante polyzystische Nierenerkrankung (ADPKD) und ein Nikotin-Konsum vor. Als extrarenale Manifestation der ADPKD bestünden vereinzelte Leberzysten. Ein Aneurysma der Hirnbasis sei im MRI nicht gefunden worden. Im Mai 2018 sei wegen der ADPKD und der Risikoklassifizierung (May 10) leitliniengerecht eine Therapie mit Tolvaptan begonnen worden. Aufgrund der langjährigen Abdominalschmerzen mit nur wenig Besserung unter Tolvaptan-Therapie sei im Oktober 2018 eine perkutane Punktion und Drainage einer Nierenzyste rechts erfolgt, welche jedoch zu keiner Besserung der Schmerzen geführt habe, weshalb von einem weiteren Eingriff (Zystenmarsupialisation bzw. Fenestration) Abstand genommen worden sei. Im hiesigen Ultraschall werde die rechte Niere mit einer Interpoldistanz von etwa 7,9 cm und die linke Niere mit 12,1 cm beschrieben. Es fänden sich multiple anechogene kortikale Nierenzysten beidseits, die grösste am Oberpol links mit 7,1 cm. In der hiesigen Untersuchung fänden sich normale Blutdruckwerte und ein leichter Druckschmerz im Bereich rechter Oberbauch und Flanke/Nierenlager. Im Labor finde sich eine leicht eingeschränkte Nierenfunktion im Stadium G2 und ein leicht erhöhter ALAT Wert. Renale sekundäre Komplikationen fehlten. Die Blutspiegel von den anamnestisch eingenommenen Schmerzmitteln Novalgin und Tramal seien nicht im therapeutischen Bereich. Im Rahmen der weiteren Abklärungen seien neben einer ADPKD ein M. Crohn und ein Zustand nach Salpingitis und Adnexitis diagnostiziert und wechselnd als Begründung für die Schmerzen herangezogen worden. Diese Schmerzen verblieben weitgehend im Subjektiven und beträfen neben einer grossflächigen Schmerzregion im rechten Bauchbereich auch die Extremitäten. Für eine erhebliche Schmerzbeeinträchtigung finde sich im klinischen Eindruck kein ausreichendes Korrelat. In Zusammenschau der Befunde finde sich mithin keine ausreichende nephrologische Begründung für die reklamierten Schmerzen. Die Einschätzung von Dr. med. H. \_\_\_ (Viszerale Chirurgie und Medizin) vom 28. Dezember 2018, dass die Schmerzen aufgrund der Nierenerkrankung bestünden, lasse sich nicht teilen. Dr. med. H. \_\_\_ erkläre die Schmerzen als nephrologisch, da er den Morbus Crohn als Ursache verneine, was mithin noch keine eigenständige Erklärung im Fachgebiet begründe. Der fehlende Nachweis von Schmerzmedikamenten im hiesigen Labor spreche gegen die Arbeitsfähigkeit namhaft einschränkende Schmerzen. Die Schilderung einer aktiven Alltagsgestaltung mit alleiniger Haushaltsbesorgung und Versorgung der Kinder spreche für erhaltene Ressourcen und nicht für eine nephrologisch eingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Zusammenfassend bestehe aus nephrologischer Sicht eine ADPKD mit guter Nierenfunktion, ohne Vorliegen von sekundären renalen Komplikationen, welche entsprechend den Richtlinien mit Tolvaptan behandelt werde. Die anamnestischen Blutdruckwerte und die hiesigen Blutdruckmessungen seien im Normbereich, weshalb derzeit keine Indikation für eine Blutdrucktherapie bestehe. Eine Nikotinkarenz, regelmässige Blutdruckselbstmessungen durch die Beschwerdeführerin, eine ausreichende Trinkmenge (3 Liter/Tag) sowie eine Kochsalzrestriktion seien allgemeine Massnahmen zur Erhaltung der Nierenfunktion. Weiterhin notwendig seien regelmässige nephrologische Kontrollen sowie Kontrollen der Nieren-, Elektrolyt- und Leberwerte. Eine zukünftige Progredienz der Nierenerkrankung sei aufgrund der Grundkrankheit möglich, sodass eine Reevaluation notwendig werden könne, was derzeit jedoch nicht absehbar sei (IV-Nr. 32 S. 76 ff.). Es liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit vor. Aufgrund der vorliegenden

Aktenlage und Untersuchung lasse sich aus nephrologischer Sicht auch rückblickend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Im Austrittsbericht des Spitals F.\_\_\_\_ vom 19. September 2019 sei dargelegt worden, dass sämtliche nephrologischen Behandlungsversuche und Abklärungen zu keiner Änderung geführt hätten. Dies stütze die Annahme einer nicht nephrogenen Genese der subjektiven Beschwerden (IV-Nr. 32 S. 80 f.).

5.3 Gemäss neurologischem Teilgutachten habe die Beschwerdeführerin rechtsseitige Arm- und Flankenschmerzen vorgetragen, die seit ca. 2016 bestünden. Ein nervales Verteilungsmuster der Beschwerden sei nicht zu erfragen. Die Schmerz-ausprägung sei erheblich und könne ein Maximum von NAS 9/10 erreichen. Die Beschwerdeführerin bedürfe einer analgetischen Mischmedikation bestehend aus Novalgin 500mg (zwei Tabletten abends) und Neurodol Tissuegel Pflaster (2x pro Woche an rechter Flanke klebend). Bei Schmerzexacerbation nehme sie bedarfsweise Novalgin 500mg (durchschnittlich 1x pro Woche), Dafalgan 1g (durchschnittlich 1 Tablette, alle 2 Wochen) und Tramal Tropfen (5gtt, selten) ein. Eine lege artis Dokumentation (Schmerzkalender) erfolge nicht. Aus der weiteren Anamnese seien eine polyzystische Nierenerkrankung sowie ein Morbus Crohn zu erfragen. Der erhobene klinische Befund sei ohne behinderungsbedingte Auffälligkeit. Die anamnestisch angegebene sensible Störung habe sich im Befund nicht nachzeichnen lassen, insbesondere zeige sich kein dermatomartig verteiltes sensibles Störungsmuster. Die angegebene Hyperästhesie sei ohne behindernden Effekt. Hinweise auf ein Karpaltunnelsyndrom hätten sich weder anamnestisch (bei fehlender Angabe von nächtlichen Schmerzen oder Schmerzen bei repetitiv auftretenden Tätigkeiten) noch klinisch bei negativem Tinel-Zeichen und Phalantest beidseits ergeben. Klinisch habe sich kein Hinweis auf eine laterale Thenaratrophy finden lassen. Hinweise auf ein epileptisches Geschehen hätten sich ebenfalls nicht finden lassen. Im erhobenen neurologischen Befund hätten sich keine Hinweise auf ein namhaft spinales Syndrom ergeben. Die Dehnungsreflexe seien seitengleich symmetrisch mittellebhaft auslösbar gewesen, im Niveau nicht abweichend von den proximalen Reflexen. Umschriebene Paresen der Kennmuskulatur hätten sich nicht erheben lassen. Zusammenfassend habe sich kein objektives, lumbales Vertebralesyndrom ergeben. Die reklamierten Flankenschmerzen seien daher nicht als neurogen zu bewerten. Zusammenfassend ergebe sich somit kein ausreichender Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit erheblich mindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem. Für die reklamiert hohe Schmerzintensität (Maximum NAS 9/10) habe sich im klinisch neurologischen Befund kein ausreichend erklärendes Korrelat gefunden. Auch spreche das Labor gegen einen höheren Schmerzmittelbedarf (IV-Nr. 32 S. 111 f.). Es liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit vor. Auch rückblickend lasse sich keine invalidisierende neurologische Schädigung mit Einfluss (in der angestammten Tätigkeit) erkennen. Die aktenkundigen neurologischen Berichte (Dr. med. M.\_\_\_\_, 2. April 2019; Dr. med. N.\_\_\_\_, 13. August 2019) verneinten eine namhafte neurologische Gesundheitsstörung. Dr. med. N.\_\_\_\_ nenne zudem eine «Symptomausweitung». Eine neurologische Bewertung zur Arbeitsfähigkeit liege nicht vor (IV-Nr. 32 S. 114 ff.). Auch diese Beurteilung lässt sich anhand der durch den Gutachter erhobenen Befunde und seiner Erläuterungen gut nachvollziehen. Sie vermag zu überzeugen und lässt sich auch mit den übrigen medizinischen Stellungnahmen weitestgehend vereinbaren.

5.4 Im psychiatrischen Teilgutachten wurde schliesslich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls überzeugend begründet verneint. Es werden nach einer eingehenden Befragung der Beschwerdeführerin die Untersuchungsbefunde dargelegt. Zum psychiatrischen Befund wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin berichte vorrangig ein Schmerzsyndrom, welches aufgrund von Nierenzysten und Unterbauchbeschwerden seit Jahren bestehe. Darüber hinaus berichte sie eine permanente Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Hand und des rechten Armes bis zur Schulter. Hinsichtlich des Morbus Crohn sei sie aktuell beschwerdefrei. Grösste Belastung seien die permanenten Schmerzen (zum Zeitpunkt der Begutachtung VAS 4 für Flanken- und Bauchschmerzen sowie VAS 2 für Hand- bis Schulterschmerzen rechts). Die Beschwerdeführerin mache keinen schmerzgeplagten Eindruck. Eine höhergradige psychische Beeinträchtigung komme nicht zum Vortrag, erst auf Nachfrage sei zu erfahren, dass es bei der Beschwerdeführerin während der Adoleszenz 13- bis 16-jährig zu Ritzen und Schneiden an den Armen zum Druckabbau gekommen sei und auch jetzt immer wieder ein gewisser Druck auftrete, aber nicht mehr zu entsprechenden Handlungen führe. Ebenfalls auf Nachfrage würden in der Vergangenheit Probleme mit den Kindern berichtet, in Form einer Überforderung: Der Mann sei damals sehr krank gewesen, sie selbst sei krank oder habe arbeiten müssen und die Familie habe sich aus Sorge um die Kinder an die KESB gewandt, erhalte seither Unterstützung einmal alle zwei Wochen. Im hiesigen AMDP-konform erhobenen Befund seien nur geringe Auffälligkeiten zu objektivieren. Es bestehe eine leichtgradig depressive Verstimmung, die affektive Schwingungsfähigkeit sei etwas zum negativen Pol hin eingeeengt, positive Emotionen seien auslösbar. Der Antrieb wirke nicht namhaft gestört. Es bestünden eine leichte Grübelneigung, leichtes Insuffizienzerleben, leichte Ängste. ICD-konform sei von einer Angst und Depression gemischt auszugehen. Für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung finde sich kein Anhalt: Eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumafolgestörung oder anderweitige psychiatrische Erkrankung sei nicht ICD-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlten. Insbesondere in Bezug auf eine zu diskutierende Persönlichkeitsstörung fänden sich, abgesehen von einem Ritzen und Schneiden in der Adoleszenz und jetzt (insbesondere bei Überforderung oder ausgeprägter Schmerzsymptomatik) angegebenen Druck ohne entsprechende Handlungen, nicht ausreichend Hinweise, die eine Persönlichkeitsstörung oder auch nur Persönlichkeitsakzentuierung begründeten. Auf Nachfrage werde zwar von einem sehr strengen Elternhaus berichtet, die Beziehung zwischen Eltern und Geschwistern jedoch als liebevoll geschildert. Wichtigste Bezugsperson sei der Vater gewesen. Die Beschwerdeführerin leide immer noch unter seinem Tod, insbesondere komme eine gewisse Belastung zum Tragen, dass sie selbst damals über die Beendigung medizinischer Massnahmen habe mitentscheiden müssen. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor: ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt lasse sich nicht herausarbeiten. Im hiesigen klinischen Befund bestehe auch kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck. Eine ICD-10-konforme Diagnosestellung sei somit auch hier nicht möglich. Zusammenfassend sei somit von einer Diagnose Angst und Depression gemischt (ICD 10: F41.2) auszugehen, ein invalidisierender Effekt resultiere daraus nicht, da es sich um eine besserbare und definitionsgemäss nicht schwerwiegende psychische Störung handle. Aktenkundig sei im April 2019 erstmals von Dr. med. M.\_\_\_\_ aus dem J.\_\_\_\_ des F.\_\_\_\_ auf eine psychische Belastungssituation bei familiär schwieriger Situation hingewiesen worden. Allein hieraus

oder der Hypothese, dass psychischer Stress die Schmerzen triggere, im Zusammenhang mit einer möglichen Reizdarmsymptomatik und einer schwierigen familiären Situation, lasse sich die Diagnose einer chronifizierten Schmerzerkrankung mit psychischen und somatischen Anteilen jedoch nicht ICD-10-konform stellen. Auch Auffälligkeiten in der Entwicklung in der Adoleszenz seien ebenso wenig ausreichend wie Trauer um den Vater, um von einer chronischen Schmerzstörung auszugehen. Unabhängig davon, dass die Beschwerdeführerin hier von Beginn der Symptomatik im Jahr 2015 berichte. Frau Dr. med. O.\_\_\_\_, psychosomatische Medizin, berichte dann von einer stationären Abklärung und Behandlung vom 23. Juli bis 14. August 2019 und stelle ebenfalls die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen sowie auch einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt. Dabei würden im Hinblick auf die depressive Störung als klinische Symptomatik Erschöpfung, Antriebsminderung, Niedergeschlagenheit und Ängste angegeben. Es würden keine klinischen Befunde angeführt, die eine mittelgradig depressive Störung begründen könnten, allenfalls die Diagnose einer Angst und Depression gemischt rechtfertigten. Die ICD-10 Regeln schlossen zudem die parallele Stellung von F45.4 (hier: chronische Schmerzstörung) und affektiven Störungsdiagnosen (hier: Depression) explizit aus; der aktenkundige Bericht vermittele also den ICD-10-widrigen, irreleitenden Eindruck einer psychiatrischen Doppelmorbidität. Die in dem zitierten Bericht genannten Ergebnisse von Bewertungsskalen seien ohne eigenständigen diagnostischen Rang (Hamilton-Depressionsskala, BDI, Selbstbeurteilungstest) und im versicherungsmedizinischen Kontext nicht ausreichend validiert. Zum jetzigen Zeitpunkt könne nur von einer Diagnose Angst und Depression gemischt ausgegangen werden, ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus nicht. Vorhandene Schlafstörungen seien erfolgreich mit Surmontil (Trimipramin) behandelt worden. Dies sei als ausreichend anzusehen. Im Verlauf der stationären Behandlung sei es zu einer Besserung gekommen. Zum jetzigen Zeitpunkt liessen sich nicht ausreichend gravierende Befunde erheben, die auf eine so ausgeprägte psychische Erkrankung hinweisen würden, dass daraus eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere (IV-Nr. 32 S. 145 ff.). Retrospektiv lasse sich auf psychiatrischem Fachgebiet eine (100%ige) Arbeitsunfähigkeit nur für den Zeitraum der Hospitalisation vom 23. Juli bis 14. August 2019 schlüssig begründen (IV-Nr. 32 S. 149 ff.). Auch das psychiatrische Teilgutachten vermag somit inhaltlich zu überzeugen und bildet grundsätzlich eine taugliche Beurteilungsgrundlage.

5.5 Damit resultiert schliesslich eine nachvollziehbare und schlüssige medizinische Konsensbeurteilung, wonach die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Produktion wie auch in einer anderen Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. E. II. 4.11 hiervor).

5.6 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Zu prüfen bleibt, ob die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Einwendungen etwas an dieser Einschätzung zu ändern vermögen:

5.6.1 Vorweg ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach auf das D.\_\_\_\_-Gutachten vorliegend nicht abgestellt werden könne, da betreffend den Institutsleiter der D.\_\_\_\_, Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_, der Anschein der Befangenheit bestehe.

Hinsichtlich der Rüge, bezüglich des Instituts der D.\_\_\_\_ und dessen Leiter Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ bestehe der Anschein der Befangenheit, verweist die Beschwerdeführerin auf drei

kantonale Urteile, insbesondere auf dasjenige des Kantonsgerichts Luzern vom 16. November 2016 (vgl. Beschwerdebeilagen [BB] 3 ■ 5). Das Bundesgericht hat sich mit Urteil 9C\_19/2017 vom 30. März 2017 mit dem besagten Entscheid des kantonalen Gerichts vom 16. November 2016 befasst. Es erkannte, die Vorinstanz habe Art. 44 ATSG verletzt, indem sie den Anschein der Befangenheit des Prof. Dr. med. P. \_\_\_ bejaht und aufgrund dessen gewichtiger Stellung innerhalb der D. \_\_\_ gleichsam auch das Institut als solches als abgelehnt qualifiziert habe. Darauf kann, weil im hier zu beurteilenden Verfahren keinerlei neue Aspekte vorliegen bzw. sich die Beschwerdeführerin zur Begründung der Ablehnung der D. \_\_\_ in der Hauptsache auf diesen Entscheid vom 16. November 2016 berief, vollumfänglich verwiesen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_285/2017 vom 15. Mai 2017 E. 3). Ein Anschein der Befangenheit liegt demnach angesichts der vorerwähnten Rechtsprechung auch im vorliegenden Verfahren nicht vor. Prof. Dr. med. P. \_\_\_ ist vorliegend denn auch gar nicht als Gutachter eingesetzt worden. Er hat lediglich in seiner leitenden Funktion das Begleitschreiben zum Gesamtgutachten unterzeichnet. Ein Einfluss seiner Bewertung auf die Begutachtungsergebnisse der Teilexperten ist nicht ersichtlich.

Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, das Institut der D. \_\_\_ ziehe bevorzugt situativ ausländische Konsiliarärzte bei. Dies sei auch im vorliegenden Gutachten der Fall (vgl. Beschwerdeschrift S. 4; A.S. 5). Ein Gutachten dient dazu, Fachwissen, über welches die Verwaltung oder das Gericht nicht verfügt, in das Verfahren einzuführen. Die rechtliche Beurteilung des Sachverhaltes obliegt indessen in jedem Fall dem Rechtsanwender. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, dass ein medizinischer Experte über hinreichendes medizinisches Fachwissen und praktische Erfahrung verfügt. Da es sich bei der Medizin um eine internationale Wissenschaft handelt, muss dieses Fachwissen und die praktische Erfahrung nicht zwingend in der Schweiz erworben worden sein. Zwar ist es generell nicht einfach, den Ausbildungsstand eines medizinischen Experten zu beurteilen, so dass dazu im Wesentlichen auf formelle Kriterien wie die vom Arzt erworbenen Facharzttitel abgestellt werden muss. Eine solche formelle Überprüfung des medizinischen Fachwissens eines Gutachters wird durch den Umstand, dass dieser sein Fachwissen im Ausland erworben hat bzw. seine praktische Tätigkeit ausschliesslich im Ausland ausübt, nicht wesentlich erschwert. Der Umstand allein, dass das Institut der D. \_\_\_ auch Gutachter beizieht, die lediglich über Fachwissen und praktische ärztliche Erfahrungen im Ausland, nicht aber über solche in der Schweiz verfügen, begründet demnach entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin keine Zweifel an deren fachlicher Qualifikation (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_767/2019 vom 19. Mai 2020 E. 3.3.2 und 3.3.4 mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin beruft sich weiter auf ein Strafverfahren, welches gegen Prof. Dr. med. P. \_\_\_ hängig sei, sowie auf einen Beitrag in einer Fernsehsendung, worin über ein von einem D. \_\_\_-Psychiater erstelltes mangelhaftes Gutachten berichtet werde (vgl. Beschwerdeschrift S. 5; A.S. 6). Daraus kann die Beschwerdeführerin aber nichts zu ihren Gunsten ableiten. Die genauen Sachverhalte und Hintergründe dieser beiden Fälle sind unbekannt. Die Beschwerdeführerin macht nicht geltend, dass sich Prof. Dr. med. P. \_\_\_ hinsichtlich des sie betreffenden Gutachtens vom 25. März 2020 strafbar gemacht hätte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_181/2013 vom 4. Juni 2013 E. 3.1.3); ebenso wenig wird behauptet, beim besagten Psychiater handle es sich um die hier eingesetzte Expertin Dr. med. Q. \_\_\_.

Schliesslich ist festzuhalten, dass sich Ausstandsbegehren nur gegen einzelne Gutachter und nicht gegen Gutachterstellen als solche richten können (BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 226). Deshalb geht es nicht an, den für die D.\_\_\_\_ tätigen Gutachtern nur deshalb pauschal Befangenheit zu unterstellen, weil dieses Institut von Prof. Dr. med. P.\_\_\_\_ geleitet wird. Abschliessend bleibt zum geltend gemachten Ausstandsgrund der fehlenden Ergebnisoffenheit der D.\_\_\_\_-Gutachter festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bis zum Zeitpunkt des Beschwerdeverfahrens keine Ablehnungsgründe vorgebracht hat. Unbehelflich ist auch das Argument, bereits der im Rahmen der Auftragsvergabe von der Beschwerdegegnerin umrissene medizinische Sachverhalt sei in qualifizierter Weise suggestiv und vorurteilsbehaftet (vgl. Beschwerdeschrift S. 5 f.; A.S. 6 f.). Allein aus dem Umstand, dass die Beschwerdegegnerin erwähnt habe, dass relevante invaliditätsfremde Komponenten vorlägen, und die Gutachter diesen Text im Gesamtgutachten wie auch in jedem Teilgutachten aufgeführt haben, kann nicht auf fehlende Objektivität und auf Befangenheit der Gutachter geschlossen werden. Auch die Kritik, es sei nicht nachvollziehbar, ob die Teilgutachter die relevanten Akten gelesen hätten, geht ins Leere. Allein der Umstand, dass in sämtlichen Teilgutachten der vorangehende Aktenauszug gleich lautet, lässt nicht darauf schliessen, dass die Gutachter sich unzureichend mit der Aktenlage auseinandergesetzt hätten (vgl. hierzu Beschwerdeschrift S. 6; A.S. 7). Es ergibt sich aus den Teilgutachten, dass die untersuchenden Ärzte die Vorakten kannten.

5.6.2 Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin führt der Umstand, dass die Gastroenterologie als eigenständige Begutachtungsdisziplin weggelassen wurde (vgl. Beschwerdeschrift S. 7; A.S. 8), nicht zur Unvollständigkeit des D.\_\_\_\_-Gutachtens. Denn nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern ■ was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft ■ ein weiter Ermessensspielraum zu. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 8C\_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.5 mit Hinweisen). Wie dies die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt (vgl. Beschwerdeantwort vom 8. Oktober 2020; A.S. 27 f.), hat die Gutachterstelle im Mail vom 28. November 2019 (IV-Nr. 28) schlüssig und nachvollziehbar dargelegt, weshalb auf das Fachgebiet Gastroenterologie verzichtet werde. Zur Begründung wurde ausgeführt, es sei festzustellen, dass der Morbus Crohn suffizient behandelt, im internistischen Fachgebiet zu beurteilen und ehemals nicht führend sei. Da zudem zwei Internisten bereits tätig sein würden (Allgemeine Innere Medizin und Innere Medizin/Nephrologie), werde das internistische Unterfachgebiet Gastroenterologie gestrichen. Diese Einschätzung wurde im Gutachten bestätigt, der M. Crohn ruhe.

5.6.3 Was das internistische Teilgutachten betrifft, so bestreitet die Beschwerdeführerin, den Sachverhalt im umschriebenen Sinne dargestellt zu haben (vgl. IV-Nr. 32 S. 35). Sie sei gerade nicht in der Lage, den Haushalt alleine zu besorgen, sich alleine um die Kinder zu kümmern. Vielmehr werde sie sowohl von ihrem Ehemann als auch von einer durch die KESB organisierten Familienbegleitung unterstützt (vgl. Beschwerdeschrift S. 8 f.; A.S. 9 f.). Entgegen der Beschwerdeführerin wurden diese Umstände im internistischen Teilgutachten festgehalten. So wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin erhalte zur Vermeidung familiär bedingter Überforderung Unterstützung durch eine Familienbetreuerin (vgl. IV-Nr. 32 S. 35). Auch ist der Beschwerdeführerin nicht zu folgen, wenn sie vorbringt, die Gutachterin habe die Wohn-, Lebens- und Haushaltssituation so dargestellt, als wäre

dies für sie mit links zu bewältigen. Der Gutachter hielt fest, die Haushaltsbesorgungen wie die Reinigung der Wohnung und das Waschen der Wäsche erledige sie alleine, beim Kochen helfe ihr die Familie und das Einkaufen werde gemeinsam erledigt (IV-Nr. 32 S. 35). Soweit der internistische Gutachter bei der Beurteilung der Konsistenz und Plausibilität (IV-Nr. 32 S. 42) auf einen auffällig niedrigen Medikamentenspiegel der Analgetika hinweist, kann die Beschwerdeführerin aus dem Umstand, dass es sich bei den Schmerzmitteln (lediglich) um eine Bedarfsmedikation handle, welche nicht täglich eingenommen werde, nichts zu ihren Gunsten ableiten. Im Gegenteil ist dieser Umstand als Hinweis für einen nicht allzu grossen Leidensdruck zu werten. Auch dem Einwand der Beschwerdeführerin, aufgrund der erhöhten Leberwerte sei sie angehalten worden, die Schmerzmedikation ■ etwa mit Dafalgan, welche sich leberschädigend auswirke ■ auf das Notwendigste zu beschränken, kann nicht gefolgt werden. Den vorliegend ins Recht gelegten Akten lässt sich nicht entnehmen, dass die Einnahme der verordneten Schmerzmedikamente in irgendeiner Weise eingeschränkt wäre oder diesbezüglich bei optimaler Kooperation eine negative Prognose bestünde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_547/2019 vom 14. Oktober 2019 E. 6.2 mit Hinweisen).

5.6.4 Hinsichtlich des nephrologischen und neurologischen Teilgutachtens bringt die Beschwerdeführerin vor, die Gutachter wiesen vielmehr pauschal darauf hin, dass die Schmerzen nicht so schlimm sein könnten, da die Medikation unter dem therapeutischen Bereich liege und daher durchaus eine volle Arbeitsfähigkeit zu attestieren sei. Schliesslich könne die Beschwerdeführerin den Haushalt auch besorgen (vgl. Beschwerdeschrift S. 11 ff.; A.S. 12 ff.). Entgegen der Beschwerdeführerin kamen die Gutachter nicht allein aufgrund des Medikamentenspiegels und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin den Haushalt besorgen könne, zum Schluss, es liege kein die Arbeitsfähigkeit einschränkender Gesundheitsschaden vor. Es gehört zur Aufgabe des Gutachters, den Befund anhand der Klinik zu überprüfen und dessen Auswirkungen bei der Untersuchung und im Alltag substantiiert darzulegen. Dazu gehören insbesondere ebenfalls Angaben zum beobachteten Verhalten und Feststellungen über die Konsistenz der gemachten Angaben. Es ist nicht ersichtlich, welche konkreten Passagen im nephrologischen wie auch neurologischen Gutachten aus objektiven Gründen den Anschein der Voreingenommenheit zu begründen vermöchten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_390/2017 vom 9. November 2017 E. 4.1 mit Hinweisen).

Unbehelflich ist schliesslich auch das Argument der Beschwerdeführerin, die neurologische Gutachterin habe sich nicht mit dem vom Spital F. \_\_\_ erhobenen neuropathischen Schmerzbild auseinandergesetzt (vgl. Beschwerdeschrift S. 13: A.S. 14). Es besteht ein gewisses Ermessen der Gutachter, wenn es darum geht, mit welchen früheren Arztberichten und in welchem Umfang sie sich in der Expertise ausdrücklich auseinandersetzen wollen. Entscheidend ist, dass das Institut der D. \_\_\_ über das vollständige medizinische Dossier verfügte und die Gutachterinnen und Gutachter ihre Beurteilung in Kenntnis der Unterlagen abgegeben haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_212/2015 vom 9. Juni 2015 E. 4). Es trifft im Übrigen nicht zu, dass sich die Gutachterin nicht mit den früheren Arztberichten befasst hätte. Auf Seite 115 des D. \_\_\_-Gutachtens ging sie auf die aktenkundigen neurologischen Berichte von Dr. med. M. \_\_\_ vom 2. April 2019 sowie Dr. med. N. \_\_\_ vom 13. August 2019 ein und führte aus, auch diese hätten eine namhafte neurologische Gesundheitsstörung verneint und es werde zudem eine ■ Symptomausweitung ■ genannt (IV-Nr. 32 S. 115).

5.6.5 Schliesslich lässt die Beschwerdeführerin rügen, auch das psychiatrische Teilgutachten sei beweisuntauglich. Die Kritik, die Gutachterin habe in keiner Weise objektivierende Tests durchgeführt (vgl. Beschwerdeschrift S. 14; A.S. 15), verfängt jedoch nicht. Einem solchen Testverfahren kommt im Rahmen psychiatrischer Begutachtungen höchstens ergänzende Funktion zu, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend bleibt. Die psychiatrische Expertin legte, u. a. aufgrund der Anamnese und der von ihr klinisch erhobenen Befunde, ausführlich und nachvollziehbar dar, weshalb sie einzig die Diagnose Angst und Depression gemischt (ICD-10 F41.2) stellte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_772/2016 vom 23. Januar 2017 E. 6.1 mit Hinweis).

Was den von der Beschwerdeführerin angerufenen Bericht der behandelnden Ärzte bzw. des Spitals F. \_\_\_ vom 19. September 2019 (vgl. E. II. 4.9 hiervor) betrifft, ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_668/2018 vom 5. April 2019 E. 3.5 mit Hinweisen) 8C\_629/2017 vom 29. Dezember 2017 E. 4.3 und 9C\_77/2015 vom 27. März 2015 E. 5.4, je mit Hinweisen). Die psychiatrische Expertin Dr. med. Q. \_\_\_ legte im Gutachten schlüssig dar, dass im Gutachtenszeitpunkt keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen oder eine anderweitige invalidenversicherungsrechtlich relevante Gesundheitsschädigung vorlag. Daran vermögen die anderslautenden Einschätzungen im Bericht des F. \_\_\_ vom 19. September 2019, welche die Expertin durchaus in ihre Beurteilung miteinbezog, nichts zu ändern. Es kommt hinzu, dass die Ärztinnen Dr. med. O. \_\_\_ und Dr. med. R. \_\_\_, welche den Bericht verfasst haben, soweit ersichtlich nicht über eine psychiatrische Facharztausbildung verfügen (vgl. [www.medregom.admin.ch](http://www.medregom.admin.ch), zuletzt besucht am 21. Dezember 2020). Sodann fehlen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass die Begutachtung nicht lege artis erstellt wurde. Inwiefern die von Dr. med. Q. \_\_\_ erhobenen Befunde falsch, die nachfolgende Beurteilung voreingenommen und nicht ergebnisoffen sein sollen, begründet die Beschwerdeführerin nicht hinreichend schlüssig (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_699/2018 vom 28. August 2019 E. 4.2.2 und 4.2.3). Konkrete Hinweise dafür, dass die Expertin die Biographie der Beschwerdeführerin ungenügend berücksichtigt haben soll (vgl. Beschwerdeschrift S. 14 f.; A.S. 15 f.), sind nicht ersichtlich, zumal das Gutachten Angaben dazu enthält.

Sodann bringt die Beschwerdeführerin vor, nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung sei jedes psychische Leiden einer gesonderten Indikatorenprüfung zuzuführen, so auch die Diagnose Angst und Depression gemischt (vgl. Beschwerdeschrift S. 15; A.S. 16). Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Daher bleibt es entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 418E. 7.1 S. 428). Namentlich in Fällen, bei denen nach bestehender Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die ihrerseits nicht

schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keiner Weiterungen in Form eines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409E. 4.5.3 S. 417). Die bei Beschwerdebildern wie dem vorliegenden grundsätzlich regelmässig vorzunehmende Indikatorenprüfung dient dazu, eine im Rahmen einer psychischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit zu validieren. Darauf verzichtet werden kann nach dem Dargelegten ausnahmsweise in Fällen, in denen im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte eine Arbeitsunfähigkeit glaubhaft verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_292/2018 vom 15. Januar 2019 E. 6.2.1 mit Hinweisen). Eine derartige Konstellation ist hier gegeben. In Bezug auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung liegt keine Divergenz mit anderen Berichten der behandelnden Ärzte und weiteren Fachpersonen vor. Der Beschwerdeführerin wurde auch in der Vergangenheit nie eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit bescheinigt.

5.6.6 Auch ist der im Beschwerdeverfahren eingereichte ■ nach Verfügungserlassdatierende ■ Abschlussbericht Ergotherapie von Frau L.\_\_\_\_ vom 6. September 2019 (vgl. E. II. 4.13 hiervor; BB 6) für die Beurteilung nicht von entscheidender Bedeutung, zumal dieser Bericht keine fachärztlichen Angaben zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wie auch zur Arbeitsfähigkeit enthält, welche Zweifel an der Expertise der D.\_\_\_\_ wecken würden.

5.7 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die D.\_\_\_\_-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen. Es besteht sodann kein Anlass, noch weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, da von solchen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69). Der Sachverhalt ist hinreichend geklärt, weshalb auch der gestellte Beweis Antrag (Parteibefragung) abzuweisen ist. Damit erübrigt sich auch die Durchführung der zu diesem Zweck beantragten Instruktionenverhandlung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_96/2016 vom 22. April 2016 E. 2).

6. Da die Beschwerdeführerin gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen demnach weder in der angestammten Tätigkeit noch in einer anderen Tätigkeit in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist, erübrigt sich die Durchführung einer Invaliditätsberechnung. Somit ist es im Resultat nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente verneint hat. Demnach ist die Beschwerde abzuweisen.

7.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die 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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Yalcin

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