Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz
Kammer I

I 2023 27

Entscheid vom 9. November 2023

Besetzung

lic.iur. Thomas Rentsch, Vizepräsident
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter
Dr.med. Urs Gössi, Richter
MLaw Manuel Gamma, Gerichtsschreiber

Parteien

A._____,
Beschwerdeführerin,
vertreten durch Rechtsanwältin B._____,

gegen

IV-Stelle Schwyz, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,
Vorinstanz,

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rente)

Sachverhalt:

A. A._____ (geb. _____1992, verheiratet, Tochter geb. 2011 aus einer früheren Beziehung) meldete sich am 7. Juni 2019 aufgrund einer seit 20. Dezember 2018 bestehenden gesundheitlichen Beeinträchtigung nach einem Treppensturz auf das linke Knie bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons St.Gallen (SVA) für berufliche Massnahmen und Rente an (vgl. Vi-[=IV] act. 1 und 3). Als aktuelle bzw. letzte Haupt-, Teil- oder Nebenbeschäftigung hatte sie Verkaufsmitarbeiterin von 5. Oktober 2018 bis 30. November (wohl 2018) in einem 60%-Pensum bzw. vom 1. Dezember 2018 bis 6. Februar 2019 in einem 60% bis 80%-Pensum angegeben. Die SVA teilte A._____ am 29. Februar 2020 mit, das Leistungsbegehren für berufliche Massnahmen werde abgelehnt (Vi-act. 22), am 16. August 2021 verfügte die SVA die Abweisung des Leistungsbegehrens für eine IV-Rente (Vi-act. 40).

B. Am 22. Oktober 2021 ging bei der IV-Stelle Schwyz die von A._____ am 20. Oktober 2021 unterzeichnete Anmeldung zur beruflichen Integration und zum Bezug einer Rente ein mit dem Hinweis auf eine Nervenschädigung nach Magenbypass- (April 2019) und in der Folge Bodyliftoperation, bestehend seit 9. April 2021 (Vi-act. 41). Zur Erwerbstätigkeit führte sie aus, seit 1. April 2020 in einem 100%-Pensum als Serviceangestellte bei der C._____ zu arbeiten. Die IV-Stelle ersuchte am Tag des Anmeldungseingangs den Krankentaggeld(KTG-)versicherer (D._____) um Zustellung der Akten (Vi-act. 45).

C. Nachdem die IV-Stelle Abklärungen vorgenommen (vgl. Feststellungsblatt vom 2.2.2022, Vi-act. 56) und den Fall dem RAD(Regionaler Ärztlicher Dienst)-Arzt Dr.med. E._____ vorgelegt hatte - wobei dieser zum Schluss kam, die Unterlagen seien nicht ausreichend (vgl. Vi-act. 57) -, teilte die D._____ der IV-Stelle am 18. März 2022 mit, dass eine polydisziplinäre Begutachtung geplant sei (Vi-act. 58).

D. Am 26. Juni 2022 erstattete die F._____ der D._____ ein inter- bzw. bidisziplinäres Gutachten (Innere Medizin, Psychiatrie) (KV-act. 100-28/75).

E. Die IV-Stelle Schwyz sah mit Vorbescheid vom 28. November 2022 vor, das Leistungsbegehren abzuweisen und einen Anspruch auf eine Invalidenrente zu verneinen (Vi-act. 69). Dagegen liess A._____ am 30. November 2022 und 13. Januar 2023 Einwände erheben (Vi-act. 70 bzw. 75). Mit Verfügung vom 14. Februar 2023 wies die IV-Stelle Schwyz das Leistungsbegehren ab und verneinte den Anspruch auf eine Invalidenrente (Vi-act. 87).

F. Mit Eingabe vom 21. März 2023 (= Postaufgabe am gleichen Tag) lässt A._____ gegen die Verfügung vom 14. Februar 2023 fristgerecht Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz erheben mit den folgenden Anträgen:

1. Die Verfügung vom 14. Februar 2023 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei eine volle IV-Rente zuzusprechen.
3. Es sei im Sinne der Begründung Vormerk zu nehmen, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine IV-Kinderrente hat.
4. Eventualiter sei die Sache an die Vorinstanz zur weiteren Sachverhaltsabklärung und zur Einholung eines polydisziplinären Gutachtens zurückzuweisen.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen (zzgl. MWST.) zu Lasten der IV-Stelle bzw. des Staates.

Zudem wird die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege sowie die Bestellung von Rechtsanwältin B._____ als unentgeltliche Rechtsbeiständin beantragt.

G. Mit Vernehmlassung vom 24. April 2023 beantragt die IV-Stelle Schwyz die Abweisung der Verwaltungsgerichtsbeschwerde unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Mit Stellungnahme vom 1. Mai 2023 lässt die Beschwerdeführerin zur Vernehmlassung der Vorinstanz Stellung nehmen.

Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1] vom 6.10.2000). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] vom 19.6.1959). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen

Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Art. 6 ATSG).

1.2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

1.2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (in der bis 31.12.2021 geltenden Fassung) 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.

Gemäss der ab 1. Januar 2022 geltenden Gesetzesrevision "Weiterentwicklung der IV" (WEIV), wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt (Art. 28b Abs. 1 IVG). Auf alle Rentenansprüche, die ab dem 1. Januar 2022 entstehen, finden die Bestimmungen des IVG und diejenigen der IVV in der Fassung gültig ab dem 1. Januar 2022 Anwendung (KSIR Rz. 9100).

1.2.3 Vorliegend geht es um eine IV-Anmeldung vom 20. Oktober 2021 (mit Eingang bei der IV-Stelle am 22.10.2021). Der Rentenanspruch entsteht unter Berücksichtigung der Karenzfrist (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG; KSIR Rz. 2222) jedenfalls erst nach dem 1. Januar 2022, weshalb hinsichtlich des Rentenanspruchs das neue, seit 1. Januar 2022 gültige Recht zur Anwendung gelangt. Mithin fällt ein allfälliger Rentenanspruch vorliegend frühestens ab April 2022 in Betracht. Bei dieser Sachlage ist ein allfälliger Rentenanspruch nach dem neuen, seit 1. Januar 2022 gültigen Recht zu beurteilen.

1.3 Die Invalidität bemisst sich rechtsprechungsgemäss nicht nach medizinischen, sondern nach wirtschaftlichen, erwerblichen Kriterien, nach der Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist das Unvermögen, auf dem gesamten für die versicherte Person in Frage kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt die verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise wirtschaftlich zu verwerten (BGE 109 V 25 E. 3d). Wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, kann auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid sein (vgl. BGE 105 V 139 E. 1b).

1.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (vgl. Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des Sachverhalts zu sorgen (BGE 122 V 157 E. 1a). Mit dem Untersuchungsgrundsatz korrelieren die Mitwirkungspflichten der versicherten Person, indem diese zur Abklärung des Sachverhaltes beitragen muss (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 53-57 IVG N 10 mit Verweis auf BGE 122 V 157 E. 1a).

1.5.1 Die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter sind bei der Bemessung des IV-Grades auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand des Versicherten zu beurteilen. Der Arzt hat auch dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeit der Versicherte arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen dem Versicherten noch zugemutet werden können (vgl. BGE 140 V 193 E. 3.1 f.; BGE 125 V 256 E. 4).

1.5.2 In der Würdigung der Beweise ist der Sozialversicherungsrichter frei (vgl. Art. 61 lit. c ATSG). Er hat die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Er hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c).

1.5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. 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, sondern dessen Inhalt (BGE 143 V 124, E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

1.5.4 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in

sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4, je mit Hinweisen).

1.5.5 Den vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteile BGer 8C_445/2018 vom 6.11.2018 E. 5.5, 8C_71/2016 vom 1.7.2016 E. 5.3).

1.6 Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. 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 (vgl. Urteile BGer 9C_77/2015 vom 27.3.2015 E. 5.4; 9C_78/2014 vom 18.3.2014 E. 4; I 676/05 vom 13.3.2006 E. 2.4 mit Hinweisen).

1.7 Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 3. Aufl., Rz. 153; Urteil BGer 8C_424/2010 vom 19.7.2010 E. 3.2.3 mit Verweis auf BGE 134 I 140 E. 5.3).

1.8 Im Übrigen beschränkt sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: Verfügung vom 14.2.2023) verwirklicht hat. Die rechtsanwendenden Behörden haben aber spätere Berichte und Dokumente in die Beurteilung mit-einzubeziehen, sowie sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (vgl. Urteil BGer 8C_503/2021 vom 18.11.2021 E. 4.1 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile BGer 9C_534/2018 vom 15.2.2019 E. 2.1 und 8C_71/2017 vom 20.4.2017 E. 8.3).

2.1 Die Vorinstanz hält in ihrer Verfügung u.a. fest, dass beim Krankentaggeldversicherer zwei Gutachten im Fachgebiet Innere Medizin (am 27.4.2022) und Psychiatrie (am 31.5.2022) erfolgt seien; diese hätten ergeben, dass ab sofort eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Der RAD sei zum Schluss gekommen, dass diese Gutachten nachvollziehbar seien. Da in der bisherigen Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei, sei kein Anspruch auf IV-Leistungen entstanden. Die im Rahmen der Einwände eingereichten medizinischen Berichte hätten der F._____ (Gutachterstelle) zumindest bei der ergänzenden Stellungnahme bereits vorgelegen. Hinsichtlich der neu beigebrachten Berichten sei der RAD zum Schluss gekommen, dass sich aus diesen alten Berichten keine neuen Informationen ergäben - die Begleitdiagnosen (Venen, Knie, Hernien, Mamma, Gallenblase usw). seien bekannt. Die bidisziplinäre Untersuchung sei vom KTG-Versicherer rechtsgenüglich angekündigt worden. Der psychiatrische Gutachter beschreibe ausführlich, wieso er keine psychiatrische Diagnose stelle; eine anderslautende fachärztlich psychiatrische Meinung finde sich im Dossier nicht. Ohne psychiatrische Diagnose erübrigten sich Abklärungen im Sinne eines strukturierten Beweisverfahrens. Auch der Neurologe Dr. G._____ habe primär keine neurologische, d.h. neuropathische Schmerzursache gefunden. Seit dem Gutachten hätten sich im Verlauf keine neuen Erkenntnisse ergeben.

2.2 Die Beschwerdeführerin macht in ihrer Beschwerdeschrift vom 21. März 2023 zunächst (S. 3 ff.) Ausführungen zum "Sachverhalt", "zur Beschwerdeführerin" bzw. zum Krankheitsbild der Beschwerdeführerin, wobei sie einen Behandlungsablauf wiedergibt und in Ziff. 24 (S. 9) zusammenfassend die beschwerdeführerischen "Leiden und deren Therapien" bezeichnet. Die Beschwerdeführerin leide an sehr starken stromschlagartigen Schmerzen; die Diagnosen seien eindeutig und die Arbeitsunfähigkeit sei damit erstellt; diese bestehe seit 9. April 2021 zu 100% und sei auch nach der Einstellung der Krankentaggelder der D._____ gegeben gewesen; kurzzeitig sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben gewesen. Sie sei nicht in der Lage, ihrer zuletzt ausgeführten Tätigkeit nachzugehen. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit im Verkauf sei ebenso wenig möglich wie eine Tätigkeit in einem angepassten Bereich; sämtliche Tätigkeiten, die mit Gehen und Sitzen verbunden seien, stellten eine unerträgliche Belastung für die Beschwerdeführerin dar (S. 9 Ziff. 25 ff., vgl. S. 7 Ziff. 17). Seit dem 1. Januar 2022 seien in den IV-Verfahren bi- und polydisziplinäre Gutachten nach dem Zufallsprinzip zu vergeben. Das von der D._____ in Auftrag gegebene Gutachten genüge diesen Anforderungen nicht - sie habe die Gutachterstelle frei gewählt. Die IV-Stelle habe das von der KTG-Versicherung in Auftrag gegebene Gutachten bereits aus formellen Gründen nicht beiziehen dürfen. Andere Ablehnungsgründe als die Haltung der beiden Gutachter bringe die IV-Stelle nicht her-

vor; entsprechend sei die Sache nicht rechtsgenüglich abgeklärt und es sei ein neues rechtskonformes Gutachten zu erstellen (S. 10 f. Ziff. 30 ff.). Die Beschwerdeführerin sei zudem davon überzeugt, dass entgegen den Ausführungen im Gutachten eine Untersuchung des Abdomens nicht stattgefunden habe, weshalb das Gutachten nicht als Grundlage für den IV-Entscheid dienen könne (S. 11 Ziff. 34). Die Krankheit sei Grund dafür, dass die Beschwerdeführerin nicht arbeiten gehen könne. Der Arbeitsmarkt halte für sie keine Tätigkeit bereit; sie sei invalid im Sinne des Gesetzes, ihr sei eine volle Invalidenrente zuzusprechen; sie sei zu 100% arbeitsunfähig, eine baldige Besserung stehe nicht in Aussicht (S. 11 f. Ziff. 38 f.).

Sollte das Gericht zum Schluss kommen, dass der Sachverhalt ohne das Gutachten noch ungenügend abgeklärt sei, sei ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben. Die von der D._____ beauftragte Gutachterstelle habe entgegen dem Wortlaut des Auftrags die Beschwerdeführerin nur in zwei Disziplinen begutachtet; es sei nicht ersichtlich, weshalb bloss ein Gutachten in den Bereichen innere Medizin und Psychiatrie gemacht worden sei; die Hernien im Bauchraum seien von einem Viszeralchirurgen gutachterlich festzustellen, die Schmerzen müssten neurologisch untersucht werden; ferner sei nicht auszuschliessen, dass diese rheumatologischer oder orthopädischer Natur seien (S. 12 f. Ziff. 40 ff.).

2.3 Mit Vernehmlassung vom 24. April 2023 verweist die Vorinstanz u.a. (erneut) auf das bidisziplinäre Gutachten samt Stellungnahme der F._____ zuhanden der Krankentaggeldversicherung, das Feststellungsblatt vom 14. Februar 2023 sowie die Beurteilung des RAD-Arztes. Gemäss Gutachten und nachfolgender Stellungnahme der F._____ sei entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin ein Untersuch des Abdomens durchgeführt worden. Weitere Fachdisziplinen seien für nicht abklärungswürdig befunden worden. Das Zufallsprinzip bei der Auswahl der Gutachterstelle gelte für die D._____ nicht.

2.4 Mit Stellungnahme vom 1. Mai 2023 zu der vorinstanzlichen Vernehmlassung lässt die Beschwerdeführerin namentlich vortragen, es seien bei der Begutachtung nicht sämtliche Beschwerden der Beschwerdeführerin berücksichtigt worden, namentlich nicht die von ihr geschilderten Nervenschmerzen; sie habe auch das Gefühl haben müssen, als Simulantin abgetan zu werden; dass sie wegen den Schmerzen leide, im Alltag beeinträchtigt sei und Schlafstörungen habe, habe nie jemanden interessiert. Die Schmerzen hätten Auswirkungen auf das Befinden und den Bewegungsapparat (Ziff. 5). In der F._____-Stellungnahme werde mit keinem Wort eine Abdomenuntersuchung erwähnt (Ziff. 6). Aus den IV-Akten gehe nicht hervor, warum weitere Fachdisziplinen nicht abgeklärt worden

seien. Es hätte an der IV-Stelle gelegen, alle relevanten Abklärungen durchzuführen (S. 4 Ziff. 8). Festzustellen sei, dass die Beschwerdeführerin erneut an einer Umbilikalhernie leide und voraussichtlich als nächstes eine Bauchspiegelung durchgeführt werde. Die Beschwerdeführerin sei ferner nicht tatenlos; voraussichtlich ab Mitte Mai werde sie in psychologische Behandlung kommen, wo ihr beigebracht werde, mit den Schmerzen zu leben. Die behandelnden Ärzte seien der Ansicht, dass sie nie mehr schmerzfrei sein werde (S. 5 Rz. 12 f.).

3. Den vorliegenden Akten lassen sich zur Entwicklung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin sowie zur Arbeitsfähigkeit u.a. die nachfolgend aufgeführten Angaben entnehmen:

3.1 Am 2. April 2019 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Magen-Bypass-Operation und am 18. Februar 2020 einer Revision (jejunale Blindsack-Resektion, Mesolückenverschluss und Adhäsiolyse [vgl. KV-act. 100-47/75]).

3.2.1 Im Sprechstundenbericht vom 6. April 2020 (Vi-act. 77-18 f./19) diagnostizierte Dr.med. H._____ (Chefarzt Klinik Chirurgie, Facharzt Chirurgie FMH FEBS FICS, Facharzt Gefässchirurgie FEBVS, Phlebologie SBP) 1. Status nach laparaskopischem und proximalen Roux-Y-Gastric-Bypass am 02.04.2019 bei Adipositas Grad III, BMI 54kg/m^2, 2. Adipositas-assoziierte Erkrankungen (Geringgradige ulzeröse Refluxoesophagitis, Mässiggradige Hepatomegalie und Lebersteatose Grad I, Orthopädische Beschwerden, Rücken- und Schulterschmerzen, Überlastungsdyspnoe und Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, Vitamin D-Mangel mit temporärem Hyperparathyreoidismus) und hielt anamnestisch fest, die Beschwerdeführerin melde sich, weil sie seit 2-3 Wochen supraumbilikale, teils linksseitige, stechende Schmerzen verspüre, welche bewegungs- und positionsunabhängig seien. Die Dumping-Symptomatik sei erfreulicherweise seit der Revisionsoperation vor 6 Wochen deutlich gebessert. Er befundete reizlose Operationsnarben. Die supraumbilikale Narbe sei nach Wundheilungsstörung leicht eingezogen. Hier finde sich eine ca. 1 cm grosse, druckdolente Resistenz. Klinisch finde sich kein Hustenanprall, die Resistenz sei nicht wegdrückbar. Die übrigen Trokareinstichstellen seien palpatorisch unauffällig und indolent. Ob es sich bei der palpablen Resistenz um eine Vernarbung oder eine Trokarhernie handle, könne klinisch nicht beurteilt werden. Der Arzt meldete die Beschwerdeführerin für ein Abdomen-CT an.

3.2.2 Am 9. April 2020 hielt Dr.med. H._____ im Sprechstundenbericht fest (Vi-act. 77-16 f./19), im Abdomen-CT zeige sich supraumbilikal eine Trokarhernie mit Fettgewebe als Bruchinhalt.

3.2.3 Am 14. April 2020 führten die Operateurin I._____, Oberärztin, und Dr.med. H._____ einen "Direktverschluss supraumbilikale Narbenhernie (Ethibond 0er) bei einer 5mm messenden Bruchlücke durch (Vi-act. 77-14 f./19).

3.3 Am 9. April 2021 unterzog sich die Beschwerdeführerin einer Belt Lipektomie im Sinne eines unteren Bodylifts mit Umbilicustransfer (vgl. z.B. Vi-act. 77-12 f./19; KV-act. 100-41/75; Beschwerde S. 5 Ziff. 10).

3.4 Im Arztzeugnis vom 17. Mai 2021 hielt Dr.med. J._____ (Belegarzt, Spital K._____) als Diagnose Dermatolipomatosis (ICD-10: L98.7) fest und bescheinigte eine seit 9. April 2021 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100% bis 18. Mai 2021 (Bf-act. 11).

3.5 Dr.med. H._____ hielt im Sprechstundenbericht vom 18. Juni 2021 (Vi-act. 77-12 f./19) zum Zwischenverlauf u.a. fest, im Vordergrund stünden immer noch die präsakralen Schmerzen, welche die Beschwerdeführerin im Alltag stark einschränkten und zu einer Arbeitsunfähigkeit führten. Trotz regelmässiger Einnahme von Arcroxia und Zaldiar seien die Schmerzen knapp erträglich. In der Zwischenzeit habe die Patientin eine Zweitmeinung durch Dr. L._____ eingeholt, welcher ein Becken-MRI veranlasst habe, welche aber keine neuen Informationen liefere. Dr.med. H._____ befundete, bei der heutigen klinischen Untersuchung der Narbe Belt-Lipektomie zeige sich inspektorisch ein 7 x 10 cm grosses Areal, welches zwar farblich nicht auffalle, von der Textur her aber etwas unterschiedlich sei von der Umgebung. Dieses Areal liege dorsal präsakral unmittelbar kranial der noch geröteten Narbe. Hier bestehe eine deutliche Überempfindlichkeit, welche sich scharf begrenzen lasse. Im CT und im MRI zeigten sich hier in dieser Region keine Auffälligkeiten. Kein Tinel-Zeichen. Er habe die Patientin weitere 10 Tage arbeitsunfähig geschrieben. Im Vergleich zum Sprechstundenbericht vom 9. April 2020 hielt der Arzt zusätzlich u.a. diagnostisch fest: St.n. Belt Lipektomie im Sinne eines unteren Bodylifts mit Umbilicustransfer, Resektionsgewicht 3415 g am 9.4.2021, Varikosis bds. sowie asymptomatische Inguinal- (links) und Umbilikalhernie fest.

3.6 Am 6. Juli 2021 wurde bei der Beschwerdeführerin eine "Mamma-OP" bzw. -Augmentation durchgeführt (vgl. Vi-act. 77-10 f./19 [E. 3.7 hiernach], 61-49 ff./51 [E. 3.11 hiernach]).

3.7 Im Sprechstundenbericht vom 16. August 2021 hielt Dr.med. H._____ nach ergänzender Diagnosestellung (u.a. Hiatushernie [Hochgerutschter Magenpouch, persistierende Beschwerde trotz ausgebauter medikamentöser Therapie], St.n. Mamma-OP am 6.7.2021) fest (Vi-act. 77-10 f./19):

Zwischenverlauf

Die Patientin kommt zur Besprechung der pH-Metrie und des weiteren Vorgehens betreffend ihrer Refluxbeschwerden. Zur Abklärung und Objektivierung der Beschwerden haben wir ja eine Magendoppelkontrastuntersuchung, eine Gastroskopie und nun auch noch eine 24-Stunden pH-Metrie durchgeführt. Gastroskopisch wurde ja im Juni schon eine erosive Refluxoesophagitis festgestellt. Trotz erhöhter PPI-Einnahme sowie Gaviscon zusätzlich, persistieren die Beschwerden unverändert. Der Leidensdruck ist für die Patientin relativ hoch. Die Magen-Darm-Doppelkontrastuntersuchung zeigt eine kleine Hiatushernie von 2 cm ohne weitere Auffälligkeiten. In der 24 Stunden pH-Metrie zeigen sich nicht die üblicherweise in dieser Situation deutlich pathologischen Werte, was aber bei St. n. Magenbypass nicht weiter verwunderlich ist. Bei der qualitativen Auswertung waren einzelne Sodbrennen-Attacken mit Luftrefluxen korreliert, aber nicht regelhaft. Möglicherweise spielt das Dumping der Patientin auch noch eine Ursache bei den Beschwerden.

Beurteilung und Procedere

[…]. Die Refluxoesophagitis wurde ja gastroskopisch nachgewiesen, so dass wir trotz nicht ganz konklusiver 24-Stunden pH-Metrie von einer symptomatischen Refluxkrankheit ausgehen müssen, Bildmorphologisch findet sich ein um 2 cm nach kranial hochgerutschter und intrathorakal liegender Magenpouch. […]. Da sie trotz ausgebauter medikamentöser Behandlung unverändert Symptome hat und der Leidensdruck hoch ist, bleibt nur eine chirurgische Revision mit Reposition des hochgerutschten Magenpouchs und Hiatusplastik. Bei günstigen Verhältnissen intraoperativ kombiniert mit einer Fundoplicatio gebildet aus dem abgehängten Magenfundus. Die Patientin hat sich für den Eingriff ausgesprochen, wir werden sie Anfang September dafür aufbieten.

Für die Behandlung ihrer noch nicht gebesserten neuropathischen Schmerzen präsakral erhält die Patientin noch einen Termin in unserer Schmerzsprechstunde.

3.8 Am 8. September 2021 und am 29. September 2021 wurde bei der Beschwerdeführerin eine laparoskopische Pouch-Reposition, Cruroraphie und Fundoplicatio nach Toupet, Adhäsiolyse bzw. eine diagnostische Laparoskopie, laparoskopische Resektion des Restmagenfundus, laparoskopische Adhäsiolyse durchgeführt (vgl. Vi-act. 61-49 ff./51, E. 3.11 hiernach).

3.9 Dem "Protokoll Berufliche Integration (aus dem Gespräch erfragt)" vom 24. November 2021 lässt sich zur medizinischen Situation entnehmen, dass die Beschwerdeführerin seit 9. April 2021 bis weiterhin 100% arbeitsunfähig sei und sie am 18. Dezember 2018 einen "Unfall Knie links" erlitten hatte und im April 2019 eine Magenbypassoperation, St. n. Bodylift (Nervenschädigung) am 9. April 2021. Betreffend Unfall im Jahr 2018 habe sie grundsätzlich keine Schmerzen mehr. Es habe geheissen, dass sie 6 Wochen nach dem Bodylift am 9. April 2021 wieder "af" (recte wohl: arbeitsfähig) sei; leider habe sie eine Nervenschädigung und sehr starke Schmerzen am ganzen Rumpf und sei deswegen weiterhin 100% arbeitsunfähig. Sodann hätten diverse Nachoperationen "auch wegen

dem Magenbypass, aktuell vor 4 Wochen an der Speiseröhre" stattgefunden; dieses Jahr [d.h. 2021] habe sie 8 operative Eingriffe gehabt.

3.10 Am 26. November 2021 wurde bei der Beschwerdeführerin eine "EVLT VSM und Miniphlebektomie" durchgeführt (vgl. E. 3.11 hiernach).

3.11 Im Sprechstundenbericht vom 29. November 2021 diagnostizierte Dr.med. H._____ ergänzend zum bisherigen Verlauf namentlich (Vi-act. 61-49 ff./51):

1. **Adipositas WHO Grad III**

   BMI initial 54 kg/m^2 (02/2019) aktuell 28,2 kg/m^2 (09/2020)

   - […]
   - **St. n. laparoskopische Pouch-Reposition, Kruroraphie und Fundoplicatio nach Toupet, Adhäsiolyse vom 08.09.21 bei**
   - **St. n. diagnostischer Laparoskopie, laparoskopischer Resektion des Restmagenfundus, laparoskopischer Adhäsiolyse vom 29.09.21 bei**
     - subtotaler Obstruktion des Oesophagus am Zwerchfelldurchtritt i.R. Diagnose 2
   - **Aktuell: Dysphagie für feste Speisen**

[…]

Die Beschwerdeführerin komme zur Besprechung der Magen-Darm-Doppelkontrastuntersuchung. Zwischenzeitlich habe er letzten Freitag die endovenöse Laserbehandlung der V. sephena magna links mit Miniphlebektomie durchgeführt mit bis jetzt komplikationslosem Verlauf. Er befundete, das Abdomen sei weich, am rechten Rippenbogen und im rechten Oberbauch finde sich eine deutliche Druckdolenz. Positives Murphy-Zeichen. Die Magen-Darm-Passage mit Doppelkontrast zeige eine erneute kleine Zwerchfellhernie mit einem Durchmesser von 2 cm, ansonsten aber keine Passagestörung und keine Erklärung für die Dysphagie. Beurteilend und zum Procedere hielt der Chirurg fest, die Dysphagie dürfte noch im Rahmen des postoperativen Verlaufs und somit normal sein. Hier sei eine spontane Besserung in den nächsten Wochen zu erwarten. Zur Abklärung der rechtsseitigen Oberbauchschmerzen habe er die Patientin für einen Abdomen-Ultraschall angemeldet. Es fänden dazu Konsultationen in der Schmerz-ambulanz statt. Die Varizenbehandlung auf der rechten Seite sei in der 2. Januarhälfte vorgesehen.

3.12 Dem über weite Strecken schlecht leserlichen Arztbericht berufliche Eingliederung / Rente vom 20. Dezember 2021 (Eingang bei der IV-Stelle am 22.12.2021) des Hausarztes PD Dr.med. L._____ (Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH; Vi-act. 53) lässt sich namentlich entnehmen, dass der Beschwerdeführerin weder die bisherige noch eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei; sie könne als Serviceangestellte kein Tablar mit Essen halten

("->AUF"); länger als 20 min stehen bzw. 15 min sitzen gehe nicht; am besten gehe liegen (Ziff. 3.3 f., 4.1 f.).

3.13 Am 28. Dezember 2021 unterzog sich die Beschwerdeführerin im Spital K._____ bei den Diagnosen Symptomatische Cholezystholithiasis, sonographisch Sludge, postprandiale rechtsseitige Oberbauchschmerzen einer vom Operateur Dr.med. H._____ durchgeführten Lap. Cholezystektomie.

3.14 Dem Bericht des Spitals K._____ vom 29. Dezember 2021, vis. Dr.med. M._____ (Leitender Arzt), zuhanden der IV-Stelle lässt sich u.a. entnehmen (Vi-act. 54; Ziff. 1), dass

- die ambulante Behandlung seit dem 15. September 2021 bis dato als konsiliarische Beratung erfolge,
- die Patientin in unregelmässiger Behandlung sei, zuletzt am 3. Dezember 2021,
- im bisherigen Verlauf keine Arbeitsunfähigkeit ("AUF") durch die Schmerzambulanz bzw.
- für keine Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei.

Bei der Beschwerdeführerin bestehe seit der Belt-Lipektomie im April 2021 lumbosakral zwischen den Narben eine taktile Allodynie sowie Druckallodynie mit Fühlsstörung (sic) lokal auf taktile und thermale Reize i.S. einer Hypästhesie, was schmerzsemiologisch auch anamnestisch gut vereinbar sei mit einem postoperativen neuropathischen Schmerz. Des Weiteren bestünden chronische Lumbalgien, welche aber myofaszial-haltungsbedingt bei muskulärer Insuffizienz und Dekonditionierung zu erklären seien. Eine orale antineuropathische Therapie, wie schmerztherapeutisch indiziert, sei infolge der multiplen abdominellen Eingriffe eingeschränkt (gewesen). Dieses insbesondere vor dem Hintergrund der fraglichen Resorption. Des Weiteren aber auch durch die Patientin nicht gewünscht. Einzig Duloxetin sei probiert worden. Letztlich sei eine Beantragung und Kostengutsprache für eine transdermale, antineuropathische Therapie mit Capsaicin 8% (Qutenza) erfolgt, welche aber keine Verbesserung habe erreichen können. Unabhängig zu diesen Schmerzentitäten bestünden verschiedene andere Beschwerden, welche u.a. viszeralchirurgisch und psychiatrisch behandelt würden (Ziff. 2.1). Seit April 2021 unveränderte bis tendenziell leicht verschlechterte Schmerzsituation (Ziff. 2.2). Grundsätzlich sei eine angepasste Arbeitstätigkeit körperlich gegeben; eher scheine die psychosoziale Situation limitierend (Ziff. 2.7). Faktoren, die einer Eingliederung im Wege stünden, seien multiple akutorganische Beschwerden, die auch aktuell zu Hospitalisierung geführt hätten und die psychosoziale Situation (Ziff. 4.4).

Als Diagnosen genannt werden (Hervorhebung gemäss Original) neu namentlich:

1. **ICD-11 MG30.51 Chronic peripheral neuropathic pain**
   - **Chronische, postoperative neuropathische Schmerzen lumbosakraler Übergang median ca 5x5cm beidseits** nach u.g. Operation
   - DD intradermale Läsion von segmentalen Hautnerven, nicht Intercostalnerv.
   - Operationen:
     - Belt Lipektomie im Sinne eines unteren Bodylifts mit Umbilicustransfer, Resektionsgewicht 3415 g am 09.04.2021
   - Interventionen:
     - Positive diagn. Infiltration sakral am 17.06.2021, Dr. H._____
     - Erfolglose transdermale Applikation von Capsaicin 8% am 03.12.2021, Schmerzambulanz
2. **ICD-11 MG30.02 Chronic primary musculoskeletal pain**
   - **Nicht-spezif. Kreuzschmerz**
   - Ätiologie: myofaszial-haltungsbedingt, muskuläre Insuff. und Haltungsdefizit

3.15 Im Austrittsbericht vom 30. Dezember 2021 hielten N._____, (Arztassistentin) und Dr.med. H._____ fest (Vi-act. 61-43 ff./51), anamnestisch berichte die Beschwerdeführerin u.a. neben Mühe mit der Aufnahme von fester Nahrung sowie Früh- als auch Spätdumpingproblemen von psychisch schwerer Angeschlagenheit aufgrund der chronischen Schmerzen im Sakralbereich bei St. n. Belt-Lipektomie. Die Patientin sei nach der elektiven Operation nach Umstellung der basisanalgetischen Therapie am 30. Dezember 2021 in verbessertem Allgemeinzustand entlassen worden.

3.16 Die Beschwerdeführerin hatte auch die O._____ aufgesucht. P._____ (Psychotherapeutin SBAP) und Pract.med. Q._____ (Oberarzt; beide O._____), berichteten der IV-Stelle am 26. Januar 2022 (Vi-act. 55) über die Behandlung vom 9. November 2021 bis 14. Dezember 2021 (mit zwei von der Beschwerdeführerin am 9.11.2021 und 2.12.2021 wahrgenommenen Einzelgesprächen; für den Termin vom 14.12.2021 habe sie sich beschwerdebedingt ab-, sich seither aber nicht wieder gemeldet). Die Beschwerdeführerin habe angegeben (Ziff. 2.1), seit der Bauchstraffungs-OP im April 2021 leide sie ständig unter Schmerzen; es seien Nerven verletzt worden; sie könne weder lange sitzen, lange liegen noch laufen; sie habe sich im Restaurant - im selben Haus würden sie auch wohnen - ein eigenes Nähatelier eingerichtet; diese kreative Arbeit sei für sie eine grosse Ressource; leider könne sie aktuell schlecht nähen, weil ihr das Sitzen Probleme verursache. Als Erstberuf habe sie einen Pflegehelferinnenkurs absolviert.

Die Patientin befürchte eine depressive Entgleisung, falls sich ihre körperliche Situation nicht bessere (Ziff. 2.2). Die Fachpersonen befundeten (Ziff. 2.4):

> Gepflegte junge Frau, eher jünger wirkend, sie wickelt sich auffällig in ihren Schal und ihre Kleider ein, während des Gesprächs. Im dynamischen Gesamteindruck wirkt sie reduziert, im Ausdrucksverhalten adäquat, im Rapport mitteilungsbereit. Sie ist bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert, im Denkablauf in sich stringent. Keine Anhaltspunkte für Wahn oder Phobien. Zwänge nicht erfragt. In der Stimmung wirkt sie gedrückt, formuliert ihre Hilflosigkeit bezüglich der Schmerzen. Konzentration und Gedächtnisleistungen intakt, keine Hinweise für Sinnestäuschungen. Keine Ich-Störungen. Die Patientin gibt an, seit der Magenoperation im April 2019 80 kg an Gewicht verloren zu haben, aktuell bereite ihr das Essen grosse Schwierigkeiten, weil es scheinbar beim Eingang zum Magen eine zu grosse Verengung gebe, welche ihr eine Nahrungsaufnahme schwierig mache. Keine Suizidalität, keine Fremdgefährdung.

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Fachpersonen Essstörung mit Übergewicht (ICD-10 F50.9), St. n. Magen-Bypass-Operation (April 2019), St. n. sexuellem Missbrauch als fünfjähriges Kind, nach eigenanamnestischen Angaben der Patientin symptomfrei (Ziff. 2.5); eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei nicht vorgenommen worden (Ziff. 1.3).

3.17.1 Am 27. Januar 2022 meldete sich die Beschwerdeführerin in der Sprechstunde, weil sie seit einer Woche lageabhängige Schmerzen im rechten Mittelbauch verspürt habe; zudem sei der Bauch seit der Ende Dezember 2021 durchgeführten Cholezystektomie häufig aufgetrieben. Dr.med. H._____ befundete reizlose Operationsnarben abdominal. Im Trokarzugang im Mittelbauch links bestehe eine exquisite Druckdolenz, eine eigentliche Hernie könne hier nicht palpiert werden, wobei die Untersuchung aufgrund der Schmerzen eingeschränkt sei. Das übrige Abdomen sei weich und indolent. Am Bein finde sich die Inzision reizlos, nach Fadenentfernung mit einer Steri-Strip verklebt. In Rückbildung begriffene Hämatome am Ober- und Unterschenkel. In der Beurteilung konnte der Chirurg eine Trokarhernie nicht ausschliessen, weshalb er die Beschwerdeführerin für ein Abdomen-CT anmeldete (Vi-act. 61-34 f./51).

3.17.2 Am 9. Februar 2022 notierte Dr.med. M._____ folgende Schmerzdiagnosen (Vi-act. 61-30 ff./51):

1. ICD-11 MG30.51 Chronic peripheral neuropathic pain […]
2. ICD-11 MG30.4Y other specified chronic secondary visceral pain […]
3. ICD-11 MGJ0.02 Chronic primary musculoskeletal pain […]
4. V.a. chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren F45.41

Die Kontrolle erfolge bei chron. abd. Schmerzen nach bariatrischer Chirurgie, neuropath. Schmerzsyndrom lumbosakral und nicht-spezif. Kreuzschmerzen sowie Schmerzchronifizierung. In der kommenden Woche sei eine plastisch-chirurgische Revision geplant. Parallel habe er mit der Beschwerdeführerin ver-

einbart, eine antineuropathische Therapie mit Amitriptylin zu starten, um die Symptome zumindest zu lindern. Grundlegend stelle sich hier auch wieder die Frage der Resorption und des Ansprechens, infolge der gastrointestinalen Symptomatik bleibe aber nichts anderes als ein Versuch. Die Interaktionsprüfung sei unauffällig gewesen.

3.17.3 Im Sprechstundenbericht vom 10. Februar 2022 (Vi-act. 61-27 ff./51) notierte Dr.med. H._____ zum Zwischenverlauf u.a., die Schmerzen im linken Mittelbauch sowie das aufgetriebene Abdomen seien unverändert vorhanden. Das Abdomen-CT zeige bis aus (recte wohl: auf) eine kleine Umbilikalhernie sowie eine 4.5 cm messende Zyste am rechten Ovar keine Auffälligkeiten. Insbesondere finde sich keine Bauchwandhernie an den Trokareinstichstellen. Klinisch sei es unwahrscheinlich, dass die Umbilikalhernie für die Schmerzen im linken Mittelbauch verantwortlich sei, auch die Ovarialzyste dürfte nicht in Zusammenhang mit den Beschwerden stehen.

3.17.4 Im Austrittsbericht vom 12. Februar 2022 (Vi-act. 61-23 ff./51) berichten R._____ (Assistenzärztin) und Dr.med. J._____ über die Therapie "Exzision schmerzhaftes Narbenareal gluteal inkl. Aspirationslipektomie des angrenzenden schmerzhaften lumbalen Gewebes (470 ml) am 11.02.2022 (fecit Dr. J._____)" sowie "Analgesie". Nach elektivem Eintritt habe die Operation komplikationslos durchgeführt werden können. Postoperativ habe sich die Patientin unter basisanalgetischer Therapie stets schmerzkompensiert gezeigt.

3.18 Der von der IV-Stelle konsultierte RAD-Arzt Dr.med. E._____ (Allgemeinmedizin FMH) hielt am 14. Februar 2022 das Folgende fest (Vi-act. 57):

> Diagnose
> Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, exazerbiert nach operativem Eingriff 4/21 (Belt-Lipektomie).
>
> Aktuell zusätzlich hospitalisiert wegen Cholezystolithiasis
>
> Psychiatrische Problematik mit nicht wirklich geklärter Hauptdiagnose (psychiatrische Behandlung wieder unterbrochen).
>
> Bekannte Essstörung, St.n. Magen-Bypass-Operation 2019
>
> Eine Teil-AUF wird seit 12/18 attestiert, eine 100%ige AUF seit 4/21
>
> Procedere: Bitte in 3 Monaten einen Verlaufsbericht beim Hausarzt bestellen. Bitte Kopien aller vorhandener Berichtskopien beilegen.

Weiter hielt der RAD-Arzt fest, die Unterlagen seien nicht ausreichend. Als Vorschlag zum weiteren Vorgehen hielt er "Bitte primär mal den Verlauf nach der aktuellen Hosp. erfragen. Hausarzt solle alle Berichte mitschicken" fest.

3.19 Am 23. Februar 2022 hielt der die D._____ beratende Arzt S._____ fest (KV-act. 99-1/92; vgl. die früheren Stellungnahmen vom 25.5.2021 und 14.12.2021 in KV-act. 97-29/60 bzw. 99-68/92), es handle sich um eine zunehmend hoch komplexe Situation. Die Patientin werde alle paar Wochen operiert und es würden immer neue Probleme auftreten. Aktuell die Operation im Narbengebiet. Einariffe (recte wohl: Eingriffe) an den Beinen und kürzlich die Cholecystektomie. Erschwerend, und whs. in Zukunft bestimmend sei die psychosomatische Seite mit Schmerzverarbeitungsstörung. Rein somatisch denke er, dass eine 50% AF ab 1. April 2022 möglich sein sollte. Falls dies nicht der Fall sei, empfehle er nun zeitnah ein polydisziplinäres Gutachten, "da eine AF sonst nicht zu erwarten ist."

3.20 Dr.med. M._____ berichtete dem Hausarzt wie folgt über die Folgekonsultation vom 15. März 2022 (Vi-act. 61-16 ff./51):

> Kontrolle nach plastisch-chirurgische Revision Mitte Februar. Frau […] berichtete, dass es leider weder unter neu Amitriptylin 20 mg zur Nacht noch seit dem chirurgischen Eingriff zu einer Regredienz der neuropathischen Schmerzen gekommen ist. Im Lokalstatus zeigte sich reizlose Wundverhältnisse mit noch kutanem Resthämatom rechts mehr als links. Thermal und taktil besteht weiterhin eine Hypästhesie sowie neuropathische Positivsymptomatik mit Allodynie und Hyperalgesie, wobei sich aber eine Verkleinerung des Areals links auf nur noch knapp 1 cm lateral der Mittellinie und rechts weiterhin 3-4 cm lateral der Mittellinie feststellen liess. Dieses ist meines Erachtens nach insgesamt als positiv zu werten. Rein symptomatisch habe ich mit der Patientin eine Fortsetzung der antineuropathischen Therapie mit Amitriptylin und neu probeweise/ergänzende Buprenorphin sublingual vereinbart. Dieses könnte bei Ansprechen auch transdermal angewendet werden. Insgesamt ist die medikamentöse Therapie weiterhin durch die Schluckstörung eingeschränkt. Desweiteren wären Medikamentenaustestungen eine Option, um die Modulierbarkeit des Schmerzes auf Ebene von mü[μ]-Rezeptoren, via NMDA Rezeptoren und für Natriumkanalblockade zu quantifizieren, um die weitere medikamentöse Therapie besser steuern zu können.

3.21 Mit "Sprechstundenbericht" vom 18. März 2022 ersucht Dr.med. J._____ Dr.med. G._____ um Untersuchung der Beschwerdeführerin und Vorschlag zum weiteren Procedere (KV-act. 100-70/75). In der Folge des unteren Bodylifts am 9. April 2021 habe die Beschwerdeführerin in den sakralen Anteilen der Narbe resp. darüberliegend massivste Schmerzen gehabt, welche nicht mit einer konservativen Modalität in den Griff zu bekommen gewesen seien. Da es sich hier nicht um eine Läsion einer anatomisch fassbaren neuronalen Struktur handle, hätten sie ex juvandibus ohne Nachweis einer fassbaren Morphologie an ein Nervenentrapment kleinster cutaner Nervenäste gedacht. Und so habe er das schmerzhafte Areal über der sakralen Narbe, das die Patientin als stets geschwollen empfunden habe, mittels Aspirationslipektomie behandelt und gleich-

zeitig die schmerzhaften Narbenareale ausgeschnitten und neu vernäht. Postoperativ habe sich die Schmerzempfindung in keiner Art und Weise gebessert. Dieses Problem sei sehr untypisch für die Operation und sei ihm noch nie begegnet.

3.22 Dr.med. M._____ hielt zur Folgekonsultation vom 14. April 2022 fest (Vi-act. 61-12 ff./51), die Beschwerdeführerin sei heute wie bisher mehrmals nicht zur Kontrolle erschienen. Bei der letzten Konsultation sei probeweise neu mit Buprenorphin (Temgesic) in Reserve begonnen worden, worunter es zu einer leichten Linderung der Dysästhesien und Allodynie gekommen sei, sodass er Buprenorphin TTS (transtec) als Basisopioid verordnet habe.

3.23 Dr.med. G._____ (Facharzt für Neurologie) kam nach der Zuweisung von Dr.med. J._____ und Untersuchung der Beschwerdeführerin am 14. April 2022 zu folgender Beurteilung (Vi-act. 61-11/51 = KV-act. 99-36/92):

> Bei dieser 30-jährigen Patientin bestehen postoperativ symmetrische, mittelliniennahe iliosakrale Schmerzen. Zusätzlich besteht eine hyperpathische und allodyne Zone im maximalen Schmerzbereich mit dem übrigen insbesondere abdominal, abgesehen von der zu erwartenden Hypästhesie der Narbe nach dem Bodylift keine neurologischen Ausfälle. Die Auswirkungen im Alltag sind erheblich, die Patientin ist bis aktuell aufgrund dieser ileosakralen Schmerzen nicht arbeitsfähig. Durch eine ISG-Infiltration konnte eine deutliche Schmerzreduktion für eine Dauer von 2 Wochen im Sommer 2021 erreicht werden.
> Ich gehe als Ursache für diese Beschwerden nicht primär von einer neurologischen, sondern von einer entzündlich-reaktiven Ursache aus. Aufgrund der klar symmetrischen Schmerzverteilung und der Misssensationen gehe ich nicht davon aus, dass die Beschwerden durch eine intraoperative Nervenläsion verursacht wurden. In erster Linie vermute ich eine entzündliche Ursache, wobei ich in erster Linie an eine Sakroiliitis, DD müsste diesbezüglich auch eine medikamentöse Nebenwirkung durch das Victoza (Liraglutid) gedacht werden.
> Ich habe in einem ersten Schritt die Patientin für eine MRI des der LWS, Sacrum insbesondere auch der ISG angemeldet. Meine Idee wäre, eine Infiltration bei entsprechendem Befund wiederholen zu lassen.

3.24 Zur der Folgekonsultation vom 24. Mai 2022 hielt Dr.med. M._____ namentlich fest (Vi-act. 61-8 ff./61), die spezialneurologische Abklärung bei Dr.med. G._____ habe leider keine neuen Ansatzpunkte liefern können, sodass therapeutisch einzig eine Symptomkontrolle mittels medikamentöser Therapie als Option bleibe. Buprenorphin TTS (Transtec) lindere die Dysästhesien zumindest teilweise, sodass er dieses fortsetzen würde. Parallel werde die Beschwerdeführerin neu Lidocain transdermal 2%ig probieren.

3.25 Im Auftrag der D._____ wurde die Beschwerdeführerin am 27. April 2022 von Dr.med. T._____ (Facharzt für Allgemeine Innere Medizin; Internis-

tisches Gutachten) und am 31. Mai 2022 von Dr.med. U._____ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Psychiatrisches Gutachten) untersucht (Versand Gutachten am 23.6.2022). Die gutachterliche Gesamtbeurteilung ergab, dass keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gegeben sei. Bidisziplinär lasse sich aktuell keine dauerhafte bzw. bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ableiten. In psychiatrischer Hinsicht lägen keine Diagnosen vor; somatisch gesehen sei es mit einer bariatrischen OP zu Folgeproblemen und auch notwendigen Revisionen gekommen, was im internistischen Gutachten beschrieben werde; wie dort ausgeführt könne aktuell eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht gesehen werden (KV-act. 100-28, 31/75).

3.25.1 Die internistische Diagnose und deren Herleitung von Dr.med. T._____ lauteten wie folgt (KV-act. 100-48 f./75):

> **Herleitung der Diagnosen**
>
> Es ergibt sich zunächst folgender Verlauf anhand der Akten: Am 14.04.2020 wurde eine supraumbilikale Trokarhernie verschlossen. Zuvor hatte sich die Versicherte am 02.04.2019 eine Magen-Bypass-OP unterzogen und am 18.02.2020 einer Revision (jejunale Blindsack-Resektion, Mesolückenverschluss und Adhäsiolyse). Nach der Herniotomie am 14.04.2020 bestanden weiterhin Beschwerden im Bereich des Nabels, weswegen mit Lokalanästhetika behandelt wurde.
>
> Am 09.04.2021 wurde die Versicherte aufgrund einer Dermatolipomatosis operiert, dies im Sinne eines unteren Bodyliftes. Seither wird eine 100% AUF attestiert, da postoperativ Beschwerden bestanden trotz unkompliziertem Verlauf und diesbezüglich unauffälliger postoperativer Diagnostik.
>
> Eine zusätzlich durchgeführte Gastroskopie ergab eine Refluxösophagitis und eine Hiatushernie. Im September 2021 wurde der Restmagenfundus operativ entfernt und eine Pouch-Reposition, Kruroraphie und Fundoplicatio nach Toupet nebst Adhäsiolyse durchgeführt (Eingriffe am 08.09.2021 und 29.09.2021). Es bestand weiterhin eine Dysphagie für feste Speisen, eine Gastroskopie im November 2021 blieb unauffällig.
>
> Im Oktober 2021 wurde eine Venöse Insuffizienz festgestellt, am 26.11.2021 eine endovenöse Laserablation links durchgeführt, am 14.01.2022 rechts. Wegen eines symptomatischen Gallensteinleidens erfolgte am 28.12.2021 eine laparoskopische Cholezystektomie.
>
> Bei fortgesetzten Schmerzen ergab ein Abdomen-CT vom Februar 2022 eine kleine Umbilikalhernie sowie eine rechtsseitige Ovarialzyste. Beides wurde nicht als kausal gesehen für die beklagten Beschwerden. Am 11.02.2022 wurde schmerzhaftes Narbenareal lumbal-gluteal entfernt. Trotz unauffälligem peri- und postinterventionellem Verlauf habe sich nach Angaben der Versicherten die Schmerzempfindung in keiner Weise gebessert, was gemäss Spital K._____ als untypisch betrachtet wurde.
>
> Beurteilung: Die Magenbypass-OP ist objektiv langfristig trotz der stattgehabten Revisionen als erfolgreich zu betrachten, Bauchbeschwerden werden nicht geltend gemacht, die Nachbetreuung scheint problemlos zu verlaufen. Die Venen-Operationen und die Cholezystektomie sind abgeschlossen und hinterlassen keine bleibenden Probleme.

Aktuell zeigen sich zwei Problemfelder. Zum einen gibt die Versicherte ein Dumpingproblem an in Form von Früh- und Spätdumping. Dieses wird zwar nicht anhand von Blutzuckermessungen objektiviert, so dass offenbleiben muss, ob tatsächlich Spät-Dumping vorliegt. Der verordnete Einsatz von Victoza legt dies jedoch nahe. Da dies offenbar gut zu wirken scheint und keine relevanten funktionellen Einbussen geltend gemacht werden, besteht hier keine unmittelbare versicherungsmedizinische Relevanz. Andererseits liegen seit der Operation im April 2021 (unteres Body-Lifting) die beklagten Schmerzen im Steiss- und LWS-Bereich vor, die auch zur AUF geführt haben. Bislang konnte diesbezüglich keine erklärende Ursache gefunden werden. Dies kommt sehr eindrücklich zum Ausdruck im Sprechstundenbericht vom 18.03.2022 des Spitals K._____. Von dort ist offenbar eine Überweisung an die Neurologie erfolgt (Dr. G._____), der nach Angaben der Versicherten ebenfalls keine Erklärung gefunden habe.

Insofern kann auch bei dieser Begutachtung keine somatisch überzeugende nachvollziehbare Erklärung für die Beschwerden eruiert werden, so dass aus somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit formal nicht als eingeschränkt angenommen werden kann. Ob eine psychiatrische Komorbidität vorliegt, die allenfalls eine gestörte Schmerzverarbeitung erklären könnte, wird das psychiatrische Gutachten klären.

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Keine

Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

- Z. n. Magenbypass-OP 04/2019 bei morbider Adipositas
  - Z. n. Revisionen 02/2020 und 09/2021 (letztere bei Hiatushemie mit Refluxösophagitis)
  - Z. n. Umbilikal-/Trokarherniotomie 04/2020
  - Z. n. unterem Bodylifting bei Cutis laxa 04/2021
- Z. n. Mammaaugmentation 07/2021
- Z. n. Varizen-OP links 11/2021 und rechts 01/2022
- Z. n. Cholezystektomie 12/2021
- Kleine persistierende Umbilikalhernie (CT Abdomen 02/2022)
- Ovarialzyste rechts (CT Abdomen 02/2022)

Zur Frage (5.), wie der Gutachter die "Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person im bisherigen Tätigkeitsbereich" beurteile, antwortete dieser: "100%." An Ressourcen sei die familiäre und soziale Unterstützung zu nennen. An Belastungsfaktoren bestehe zunächst die ätiologisch ungeklärte Schmerzsituation mit resultierender Arbeitsunfähigkeit und völlig unsicherer Prognose. Die berufliche Situation, bei welcher auffalle, dass die Versicherte bei Freund und Ehemann in deren Restaurant beschäftigt sei und eine Arbeitsunfähigkeit-Attestierung somit eher unproblematisch akzeptiert werden dürfte, könne problematisch hinsichtlich einer Wiederaufnahme der seit einem Jahr unterbrochenen Tätigkeit sein. Zur Folgefrage 6 ("Welche Arbeiten unter Berücksichtigung des gesamten Arbeitsmarktes sind der versicherten Person noch zumutbar?") hielt der Gutachter fest, aus internistisch-somatischer Sicht seien keine Einschränkungen zu beschreiben; es

sei per sofort mit der vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit in einer angepassten Tätigkeit zu rechnen. Eine Tätigkeitsanpassung sei aus internistischer Sicht nicht erforderlich (Frage 7).

3.25.2 Im psychiatrischen (Teil-)Gutachten hielt Dr.med. U._____ zu den Diagnosen und deren Herleitung was folgt fest (KV-act. 100-53 ff./75):

> **Herleitung der Diagnosen**
>
> Die Versicherte klagt über eine Schmerzsymptomatik im Bereich einer Narbe infolge einer Bauchstraffungs-Operation im April 2021. Die Schmerzen sind gemäss Unterlagen und aktueller internistischer Begutachtung nicht organmedizinisch erklärbar. Von psychiatrischer Seite ist zu prüfen, ob gegebenenfalls eine somatoforme Symptomatik vorliegt. Diese kommt nur in Frage, wenn für Entstehung und Verlauf, oder gegebenenfalls nur für den Verlauf, schwerwiegende psychosoziale Belastungen oder emotionale Konflikte identifizierbar sind, die so ausgeprägt sind, dass sie als entscheidende ursächliche Einflüsse für Entstehung und/oder Verlauf der Schmerzsymptomatik gelten können. Zum Zeitpunkt der Entstehung der Schmerzen nach der Bauchstraffungs-Operation lag eine stabile Lebenssituation vor, die sich gegenüber der Situation einige Jahre zuvor mit finanziellen Schwierigkeiten sogar noch deutlich gebessert hatte. Es gibt keine Hinweise für emotionale Konflikte. Auch im weiteren Verlauf sind keine emotionalen Konflikte oder schwerwiegenden psychosozialen Belastungsfaktoren erkennbar. Es gibt keinerlei psychiatrische Komorbiditäten wie etwa eine Depression. Die diagnostischen Voraussetzungen für eine somatoforme Störung liegen nicht vor.
>
> **Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**
>
> Keine
>
> **Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit**
>
> Keine

Der Gutachter hielt ferner fest, die Beschwerden seien psychiatrisch nicht erklärbar (Frage 4); zur Frage 7 "Wann ist mit der vollständigen Wiederaufnahme der Arbeit in einer angepassten Tätigkeit zu rechnen?" wird erwähnt, aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsunfähigkeit nicht erklärbar.

3.26 Zwischenzeitlich, d.h. zwischen den beiden gutachterlichen Untersuchungen vom 27. April 2022 bzw. 31. Mai 2022 wurde am 4. Mai 2022 ein MRI LWS/ISG/Sacrum und untere BWS nativ/i.v. KM durchgeführt. Dr.med. V._____ hielt beurteilend fest: 1. Auf Niveau L4/5 leichte, diskrete aktivierte Spondylarthrosen beidseits, 2. Keine Hinweise auf eine entzündliche Gelenkserkrankungen (sic), insbesondere nicht ISG beidseits.b (sic), 3. Keine Nervenwurzelkompressionen (Vi-act. 67-1/3).

3.27 Im "Verlaufsbericht zur Aktualisierung des Dossiers [...] ab 20.12.2021" vom 30. Juni 2022 nennt der Hausarzt Dr.med. L._____ einen stationären Gesundheitszustand und beschreibt unveränderte Schmerzen mit elektrischen

Schlägen alle 30 Minuten. Weiterhin sei die seit Dezember 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehend (Vi-act. 61-1/51).

3.28 Im Bericht zur Folgekonsultation vom 28. Juni 2022 (Vi-act. 61-2 ff./51) bzw. zur "Kontrolle bei chronischen, postoperativen peripheren neuropathischen Schmerzen parasakral" hält Dr.med. M._____ in der Beurteilung u.a. fest:

> Nachdem Frau […] bereits vor 2 Wochen telefonisch geäussert hatte, dass sie zwar eine Schmerzlinderung/-dämpfung der neuropathischen Schmerzen sakral verspüre, aber hierunter Nebenwirkungen habe, hatten wir eine schrittweise Reduktion von Buprenorphin TTS (Transtec) vereinbart. Hierunter sei es aber zu einer erheblichen Schmerzzunahme gekommen, so dass sie wieder auf 35ug/h erhöht habe. Medikamentös steht A.) eine erneute schrittweise Reduktion von Buprenorphin TTS, B.) eine Opioidrotation und dann schrittweise Reduktion und C.) B mit Medikamentenaustestungen (Lidocain und Ketamin) als Option zur Verfügung. Letzteres wäre zur Beurteilung der pharmakologischen Schmerzmodulation via NMDA Rezeptor und Natriumskanalblockade zu empfehlen. Bei allen oralen Medikamenten steht weiterhin die Limitation der enteralen Resorption und Schwierigkeiten von Frau […] grössere Tabletten/Kapseln zu schlucken. […].

3.29 Dr.med. M._____ bestätigte am 2. Juli 2022 (KV-act. 100-13 f./75), dass die Beschwerdeführerin sich bei ihm bei chronischen postoperativen neuropathischen Schmerzen lumbosakral bei a.e. Läsion cutaner Nerven in "schmerz-therap. Behandlung" befinde; als (Haupt-)Diagnosen nannte er 1. ICD-11 MG30.51 Chronic peripheral neuropathic pain, 2. ICD-11 MG30.4Y Other specified chronic secondary visceral pain sowie 3. ICD-11 MG30.02 Chronic primary musculoskeletal pain.

3.30 Dr.med. J._____ hielt am 1. August 2022 in einem Bestätigungsschreiben fest, dass es im Anschluss an die Operation vom 9. April 2021 im Bereich der lumbalen Haut zu einem mittlerweile chronifizierten Schmerzzustand gekommen sei (KV-act. 100-7/75). Diese Schmerzen hätten sie bislang weder ursächlich fassen können mit diversen Untersuchungen und Konsilien, noch erfolgreich behandeln, weder interventionell, noch chirurgisch, noch medikamentös.

3.31 Mit E-Mail an die D._____ vom 4. August 2022 äusserte sich Dr.med. L._____ im Sinne einer "ausführliche[n] medizinische[n] Begründung" weshalb die Beschwerdeführerin seit 9. April 2021 als Serviceangestellte nicht 100% arbeiten könne (KV-act. 100-6/75). Als Serviceangestellte müsse sich die Patientin häufig bücken, was ihr aus Schmerzgründen unmöglich sei, was im Gutachten nicht berücksichtigt werde. Ferner müsse sie Tablare über mehrere Meter zu den Tischen tragen, was in mehreren Arbeitsversuchen "probiert" worden, aber nicht möglich gewesen sei. Trotz Saroten und Transtecpflaster habe sie alle 30 min

einen "Stromschlag", der in der "Abdominoplastik Narbe im Rücken" beginne, mit Ausstrahlung in das gesamte rechte Bein; als Folge davon lasse sie alles fallen, was vom Arbeitgeber nicht als Arbeitsfähigkeit akzeptiert werde. Aus diesen Gründen sei die Beurteilung durch einen Allg. internistischen Arzt und einen Psychiater ungenügend. Es wäre eine Beurteilung durch eine unabhängige Schmerzklinik zu fordern.

3.32 Zu dieser Kritik des Hausarztes nahmen die Gutachter am 16. August 2022 gegenüber der D._____ Stellung (KV-act. 100-3 f./75). Im psychiatrischen F._____-Gutachten fänden sich ausführliche anamnestische Angaben, es werde ein detaillierter psychischer Befund mitgeteilt, des Weiteren werde insbesondere ausführlich begründet, warum keine psychiatrische Diagnose vorliege. Der neu vorgelegte Einwand von Dr.med. L._____ enthalte weder Diagnosen noch Befunde, im Wesentlichen würden die subjektiven Beschwerdeangaben der Versicherten wiedergegeben. Auf psychiatrische Aspekte werde überhaupt nicht eingegangen. Aus psychiatrischer Sicht werde eingeschätzt, dass die bidisziplinäre (internistische und psychiatrische) Begutachtung adäquat gewesen sei. Es ergäben sich aus den hausärztlichen Ausführungen keinerlei neue Aspekte, die psychiatrisch zu einer Neubeurteilung Anlass geben könnten. Auch die Innere Medizin betreffend wird festgehalten, das Schreiben von Dr.med. L._____ gebe ausschliesslich die subjektiv empfundenen Beschwerden der Beschwerdeführerin wieder. Objektive Begründungen, aus denen sich eine nachvollziehbare Funktionseinbusse ableiten lassen würde, würden nicht kommuniziert. Es werde unter Verweis auf die dokumentierten klinischen Untersuchungen im Gutachten zurückgewiesen, dass die Versicherte unvollständig untersucht worden sei. Soweit die Beurteilung durch eine unabhängige Schmerzklinik gefordert werde, sei darauf hingewiesen, dass weder seitens der Plastischen Chirurgie (zusätzlicher Bericht vom 1.8.2022) noch seitens der Schmerzambulanz K._____ (zusätzlicher Bericht vom 2.7.2022) objektive Einschätzungen zur Arbeitsfähigkeit gemacht würden. Inwieweit eine Schmerzklinik generell zu anderen objektiven Einschätzungen kommen solle, erschliesse sich nicht. Insgesamt könne den Ausführungen des Hausarztes durchaus entnommen werden, dass dieser in die emotionalen Grundbedürfnisse der Versicherten und ihrem Krankheitsverständnis subjektiv eingebunden sei. Dies sei ohne Frage notwendig, um eine intakte und empathische Arzt-Patienten-Bindung zu erlangen, aber nicht von versicherungsmedizinischer Relevanz. Fachübergreifend würden sich somit keine Änderungen der gutachterlichen Einschätzung ergeben.

3.33 Der RAD-Arzt Dr.med. E._____ erachtete das Gutachten der F._____ am 4. Oktober 2022 als nachvollziehbar (Vi-act. 64).

3.34 Derselbe RAD-Arzt nahm am 14. Februar 2023 Stellung zu den Einwänden gegen die bidisziplinären Berichte der F._____ und den neu beigebrachten Arztberichten (Vi-act. 85). Aus diesen Berichten aus dem Jahr 2020 ergäben sich keine neuen Informationen; die Begleitdiagnosen (Venen, Knie, Hernien, Mamma, Gallenblase, etc.) seien bekannt. Der psychiatrische Gutachter Dr. U._____ beschreibe ausführlich, wieso er bei der Versicherten keine psychiatrische Diagnose stelle. Eine anderslautende fachärztlich psychiatrische Meinung finde sich im Dossier nicht. Ohne psychiatrische Diagnose erübrige sich eine weitere Abklärung im Sinne eines strukturierten Beweisverfahrens. "Die Diagnose-ausgewiesene psychiatrische Krankheit" sei das notwendige Eingangskriterium, um überhaupt eine Indikatorenprüfung durchführen zu müssen. Der Neurologe Dr. G._____ finde keine primär neurologische, d.h. neuropathische Schmerzursache. Insgesamt bestehe hier also eine Konstellation von Schmerzangaben der Versicherten, welche keiner klaren Erkrankung zugeordnet werden könnten. Als Fazit hält er fest, im weiteren Verlauf seit dem Gutachten würden sich keine neuen Erkenntnisse ergeben.

4.1.1 Die Vorinstanz stützt sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung massgeblich auf das bidisziplinäre Gutachten vom 23. Juni 2022. Die Beschwerdeführerin wendet dagegen ein, dieses Gutachten sei von der Krankentaggeldversicherung eingeholt worden und entspreche nicht den Anforderungen an ein Gutachten im IV-Verfahren, weshalb das Gutachten nicht hätte beigezogen werden dürfen. Es sei zwingend ein rechtskonformes Gutachten in Auftrag zu geben.

4.1.2 Es ist unbestritten, dass das F._____-Gutachten von der Krankentaggeldversicherung nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurde. Dies hat allerdings entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin nicht zur Folge, dass das Gutachten nicht zu den Akten genommen werden dürfte. Die Beschwerdeführerin ermächtigte mittels Anmeldung bei der Invalidenversicherung mit Geltendmachung des Leistungsanspruchs die erwähnten Personen und Stellen dazu, den Organen der Invalidenversicherung alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Abklärung der Leistungs- und Regressansprüche erforderlich sind (IV-act. 41-9/10 Ziffer 8; vgl. Art. 6a IVG). Dieses Vorgehen bietet demnach keinerlei Anlass zu Beanstandungen.

4.1.3 Der Beweiswert solcher im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers erstellten Gutachten wird im Verfahren betreffend die Prüfung eines Rentenanspruchs nach dem IVG nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Indessen sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Solchen nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt ledig-

lich der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (vgl. oben E. 1.5.5).

4.2 Das bidisziplinäre Gutachten erfüllt die von der höchstrichterlichen Rechtsprechung an den Beweiswert einer Expertise gestellten Anforderungen und überzeugt. Namentlich beruhen die Feststellungen der Gutachter auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und wurden in Kenntnis und nach Auseinandersetzung mit den Vorakten getroffen. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Folglich kommt dem Gutachten grundsätzlich voller Beweiswert zu.

4.3 Der internistische Teilgutachter hat sich ausführlich mit dem Krankheitsverlauf und den erfolgten Operationen auseinandergesetzt und nachvollziehbar festgehalten, die Magenbypass-Operation sei objektiv langfristig trotz der stattgehabten Revisionen als erfolgreich zu betrachten. Bauchbeschwerden würden nicht geltend gemacht. Die Nachbetreuung scheine problemlos zu verlaufen. Die Venen-Operationen und die Cholezystektomie seien abgeschlossen und hinterliessen keine bleibenden Probleme (KV-act. 100-48/75). In der Folge hat der Gutachter auf zwei Problemfelder hingewiesen. Zum einen thematisierte er ein Dumpingproblem in Form von Früh- und Spätdumping. Da diesbezüglich jedoch keine relevanten funktionellen Einbussen geltend gemacht würden, bestehe hier keine unmittelbare versicherungsmedizinische Relevanz. Zum anderen verwies er auf die beklagten Schmerzen im Steiss- und Lendenwirbelsäulen-Bereich, wobei er unter Bezugnahme auf die aktenkundigen Abklärungen keine somatisch überzeugende nachvollziehbare Erklärung für die Beschwerden eruieren konnte (vgl. KV-act. 100-48/75). Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Ausführungen im Arztbericht des Neurologen Dr.med. G._____ vom 14. April 2022 (vgl. IV-act. 61-11/51=67-2/3). Dieser konnte anlässlich der gleichentags durchgeführten neurologischen Untersuchung keine neurologische Ursache für die geklagten iliosakralen Schmerzen, namentlich keine intraoperative Nervenläsion, feststellen. Das in der Folge veranlasste MRI der Lendenwirbelsäule vom 4. Mai 2022 ergab lediglich leichte diskrete aktivierte Spondylarthrosen beidseits auf dem Niveau L4/5. Hinweise auf entzündliche Gelenkserkrankungen, insbesondere des Iliosakralgelenks, oder Anzeichen für Nervenwurzelkompressionen fanden sich nicht (IV-act. 67-1/3). Der Neurologe vermutete dennoch eine entzündlich-reaktive Ursache der Beschwerden, am ehesten eine Sakroiliitis (vgl. KV-act. 99-36/92). Allerdings konnte diese Hypothese durch die aktenkundigen Untersuchungen nicht objektiviert werden. Namentlich zeigte der gutachtlich eingeholte Laborbefund vom 31. Mai 2022 keine erhöhten Entzündungs-Parameter (KV-act.

100-47/75). Nachdem der internistische Gutachter für die geklagten Beschwerden keine somatisch nachvollziehbare Erklärung fand, schloss er zu Recht auf eine nicht eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Als nachvollziehbar erachtete der Gutachter lediglich temporäre, durchaus auch vollständige, Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit als Folge der operativen Eingriffe, die bis Ende 2021 durchgeführt wurden, nicht jedoch eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (KV-act. 100-49/75). Diese Ausführungen erweisen sich ebenfalls als schlüssig und widerspruchsfrei.

4.4.1 Der psychiatrische Teilgutachter nahm eine umfassende Anamnese- und Befunderhebung vor. Im Rahmen der Diagnoseherleitung hob der Gutachter hervor, dass zum Zeitpunkt der Entstehung der Schmerzen nach der Bauchstraffungs-Operation eine stabile Lebenssituation vorgelegen habe, welche sich gegenüber der Situation einige Jahre zuvor mit finanziellen Schwierigkeiten sogar noch deutlich gebessert habe. Es gebe keine Hinweise für emotionale Konflikte. Auch im weiteren Verlauf seien keine emotionalen Konflikte oder schwerwiegende psychosoziale Belastungsfaktoren erkennbar. Es gebe keinerlei psychiatrische Komorbiditäten wie etwa eine Depression. Gestützt auf diese Ausführungen kam der Gutachter nachvollziehbar zum Ergebnis, dass die diagnostischen Voraussetzungen für eine somatoforme Störung nicht vorlägen (KV-act. 100-60/75). Anzufügen ist, dass die Beschwerdeführerin keine psychopharmakologische Medikation einnahm, bis auf zwei Termine bei der O._____ im November 2021 nie in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung stand und auch seither keine entsprechende Therapie wahrnahm. Die Beschwerdeführerin führte erklärend aus, bei Aufnahme der psychotherapeutischen Gespräche habe sie befürchtet, sie könnte vielleicht irgendwann einmal in eine Depression geraten, wenn sie nichts unternehme. Sie sei in jenem Zeitpunkt aber nicht depressiv gewesen. Die Gespräche bei der O._____ hätten ihr gar nichts gebracht. Die Ärztin habe gesagt, sie wisse auch nicht, wie sie der Patientin helfen könne. Die Beschwerdeführerin merkte anlässlich der Exploration an, sie habe sich dann selbst geholfen, indem sie ihr Hobby, das Nähen, intensiviert habe (KV-act. 100-61/75). Zu ihrer aktuellen Lebenssituation hielt die Beschwerdeführerin fest, sie würde diese beruflich, familiär und finanziell als optimal bezeichnen. Sie wäre sehr zufrieden, wenn die Schmerzen nicht wären (KV-act. 100-57/75, 100-61/75). Der psychiatrische Gutachter kam in Berücksichtigung der Ausführungen der Beschwerdeführerin zur Behandlung bei O._____ sowie nach einer Erörterung der Standardindikatoren nachvollziehbar zum Schluss, dass keine psychiatrische Einschränkung gegeben sei (KV-act. 100-60 ff./75). Anzufügen ist, dass nach der zutreffenden Einschätzung des versicherungsinternen RAD-Arztes (vgl. IV-act. 85) vorliegend kein psychischer Gesundheitsschaden lege artis diagnostiziert

werden konnte, weshalb sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens an sich erübrigte (vgl. statt vieler Urteil BGer 8C_285/2021 E. 5.2.3.2).

4.4.2 Das gutachtliche Ergebnis steht insbesondere nicht im Widerspruch zum Arztbericht der O._____ (Oberarzt pract.med. Q._____ und Psychotherapeutin P._____) vom 26. Januar 2022. Demnach hätten lediglich zwei Gesprächstermine mit der Patientin stattgefunden. Ein dritter Termin sei vorgängig abgesagt worden. Abgesehen von einer Essstörung mit Übergewicht (ICD-10: F50.9) wurden keine psychiatrischen Diagnosen gestellt, wobei die Diagnosestellung nicht begründet und namentlich nicht aufgezeigt wurde, weshalb diese Störung nach der Magen-Bypass-Operation weiterbestehen sollte. Entsprechend attestierte die O._____ weder eine Arbeitsunfähigkeit noch legte sie einen Behandlungsplan vor (vgl. IV-act. 55). Weitere psychiatrische Arztberichte sind nicht aktenkundig.

4.5 Die Beschwerdeführerin erachtet das bidisziplinäre Gutachten aus verschiedenen Gründen als nicht beweiskräftig.

4.5.1 Zunächst wird vorgebracht, entgegen den Ausführungen im Gutachten (vgl. KV-act. 100-47/75) habe keine Untersuchung des Abdomens stattgefunden, weshalb das Gutachten nicht als Entscheidgrundlage für den IV-Entscheid dienen könne. Dieser Argumentation ist nicht zu folgen. Zum einen hat der internistische Gutachter in der Stellungnahme vom 16. August 2022 auf die dokumentierte klinische Untersuchung des Abdomens hingewiesen (vgl. KV-act. 100-4/75, 100-46 f./75). Die Beschwerdeführerin zeigt nicht auf, dass die dokumentierte Untersuchung unvollständig oder das Ergebnis der Untersuchung tatsachenwidrig sein sollte. Zum anderen wurde im internistischen Gutachten unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine kleine persistierende Umbilikalhernie gestützt auf das aktenkundig erfolgte CT des Abdomens im Februar 2022 aufgeführt. Dass diese Umbilikalhernie kausal für die geklagten Beschwerden sein könnte, wurde bereits durch den behandelnden Facharzt Dr. H._____ im Arztbericht vom 10. Februar 2022 als unwahrscheinlich erachtet, weshalb er auf weitere Nachkontrollen verzichtete (vgl. IV-act. 61-28/51). Die Beschwerdeführerin kann vorliegend aus der Rüge der nicht erfolgten Abdomen-Unter-suchung nichts zu ihren Gunsten ableiten.

4.5.2 Aus formaler Sicht wird sinngemäss beanstandet, die psychiatrische sowie die internistische Exploration seien mit einer Stunde bzw. mit 50 Minuten zu kurz ausgefallen. Dazu ist festzuhalten, dass es für den zeitlichen Aufwand für eine Exploration keine festen Vorgaben gibt. Aus einer verhältnismässig kurzen Dauer der Exploration kann nicht von vornherein auf eine ungenügende Sorgfalt ge-

schlossen werden. Welcher zeitliche Aufwand im Einzelfall notwendig ist, richtet sich nach dem Ermessen der fachkundigen Experten (vgl. Urteil BGer 9C_234/2023 E. 3.2.3 m.w.H.). Dies anerkannte vor Gericht auch die Beschwerdeführerin (vgl. Stellungnahme vom 1.5.2023 Ziff. 7). Vorliegend sind keine besonderen Umstände ersichtlich, welche die Explorationsdauer von einer Stunde (psychiatrisch) bzw. 50 Minuten (internistisch) als unangemessen kurz erscheinen liessen. Insbesondere ist nicht ersichtlich, inwiefern die Gutachter nach Darstellung in der Beschwerde (vgl. Ziff. 34) nur ungenügend auf die Schmerzen der Beschwerdeführerin eingegangen sein sollten. Die Schmerzthematik war zentraler Gegenstand sowohl der internistischen als auch der psychiatrischen Exploration. Es wurden nicht nur die Spontanangaben der Beschwerdeführerin und die Krankheitsentwicklung erfragt, sondern insbesondere die Genese und die Auswirkungen auf den Alltag diskutiert. Die Argumentation in der Beschwerde erweist sich als nicht stichhaltig.

4.5.3 Ferner wird gerügt, die festgestellten Hernien im Bauchraum seien durch einen Viszeralchirurgen gutachterlich festzustellen. Daneben seien die Schmerzen neurologisch und rheumatologisch bzw. orthopädisch zu untersuchen. Diesen Rügen ist entgegenzuhalten, dass die Untersuchung durch den Neurologen Dr.med. G._____ keine neurologische Ursache der geklagten Schmerzen zutage förderte. Es leuchtet nicht ein, weshalb diese Abklärung ohne Hinweise auf veränderte Umstände gutachterlich zu wiederholen wären. Ebensowenig bestehen Anzeichen für eine entzündliche Gelenkserkrankung. Schliesslich trifft zwar zu, dass bei der Beschwerdeführerin unter anderem eine kleine Umbilikalhernie festgestellt wurde. Allerdings erachtete es der zuständige Chefarzt Dr.med. H._____ (Facharzt Chirurgie FMH sowie Facharzt Gefässchirurgie FEBVS) als unwahrscheinlich, dass diese für Schmerzen im linken Mittelbauch verantwortlich ist, weshalb er keine Nachkontrollen vorsah (IV-act. 61-28/51). Es erschliesst sich nicht, welche zusätzlichen relevanten Erkenntnisse eine gutachtliche Untersuchung durch einen Viszeralchirurgen zutage fördern könnte. Zusammenfassend erweist sich die bidisziplinäre Begutachtung (Innere Medizin / Psychiatrie) vorliegend als umfassend, weshalb die Vorinstanz zu Recht von weiteren Abklärungen in anderen Disziplinen abgesehen hat.

4.5.4 Die Beschwerdeführerin verweist ferner namentlich auf den Arztbericht des Hausarztes Dr.med. L._____ vom 4. August 2022 (KV-act. 100-6/75) sowie den Arztbericht von Dr.med. M._____ von der Schmerzambulanz des Spitals K._____ vom 2. Juli 2022 (Bf-Beilage 24). Sie macht eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit geltend. Sie könne wegen der Schmerzen namentlich keine angepasste Tätigkeit ausüben. Unter anderem könne sie nicht gehen, sich nicht

bücken, maximal 5 kg schwere Lasten heben und kaum länger als 20 Minuten ohne Rückenlehne sitzen. Sie sei dauernd auf starke Schmerzmittel angewiesen (vgl. Beschwerde Ziff. 17).

Aus dem erwähnten Bericht des Hausarztes vom 4. August 2022 ergeben sich keine objektiven Befunde und keine Diagnosestellung. Der Bericht stützt sich inhaltlich ausschliesslich auf die Selbsteinschätzung der Patientin ab. Die subjektiven Schmerzangaben der Patientin vermögen für die Begründung einer (teilweisen) Arbeitsunfähigkeitsschätzung allerdings nicht zu genügen. Vielmehr müssen die Schmerzangaben durch damit korrelierende fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein (vgl. BGE 143 V 124 vom E. 2.2.2). Die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist für sich allein noch nicht geeignet, das grundsätzlich beweiskräftige bidisziplinäre Gutachten der F._____ in Zweifel zu ziehen (vgl. dazu Urteil BGer 9C_89/2020 vom 18.6.2020 E. 4.6). Davon abgesehen erwähnt der Hausarzt einen alle 30 Minuten stattfindenden "Stromschlag" [wohl: einschiessende Schmerzen, vgl. KV-act. 99-35/92], beginnend im Rücken mit Ausstrahlung in das gesamte rechte Bein. Anlässlich der eine Stunde bzw. 50 Minuten dauernden gutachterlichen Explorationen war die Beschwerdeführerin demgegenüber weder auf Pausen angewiesen noch musste sie zwischenzeitlich aufstehen, was gegen die Darstellung des Hausarztes spricht.

Weder der erwähnte Arztbericht von Dr.med. M._____ vom 2. Juli 2022 noch der Arztbericht desselben Arztes vom 28. Juni 2022 (vgl. IV-act. 77-1 ff./19) enthalten den Schmerzangaben zugrundeliegende schlüssige objektive Befunde. Soweit die diagnostizierten chronischen postoperativen neuropathischen Schmerzen mit "am ehesten" einer Läsion cutaner Nerven begründet werden, ist der Sprechstundenbericht von Dr.med. J._____ vom 18. März 2022 entgegenzuhalten, wonach keine Läsion einer anatomisch fassbaren neuronalen Struktur vorliege, weshalb man ohne Nachweis einer fassbaren Morphologie an ein Nervenentrapment kleinster cutaner Nervenäste gedacht habe. Trotz in der Folge durchgeführter Behandlung (Aspirationslipektomie, Ausschneiden und Neuvernähen der schmerzhaften Narbenareale) habe sich die Schmerzempfindung in keiner Art und Weise gebessert. Dieses Problem sei dem Behandler noch nie so begegnet (KV-act. 100-70/75). Unter diesen Umständen erweist sich die Vermutung einer Läsion cutaner Nerven jedenfalls nicht als schlüssig. Im erwähnten Bericht gibt Dr.med. M._____ keine Einschätzung zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit ab. Allerdings erachtete Dr.med. M._____ im Arztbericht vom 29. Dezember 2021 eine angepasste Arbeitstätigkeit körperlich als gegeben. Er hielt eher die psychosoziale Situation als limitierend (IV-act. 54-2/4).

Nach dem Gesagten vermögen die aktenkundigen Arztberichte keine Zweifel am bidisziplinären Gutachten der F._____ zu begründen. Auf dieses Gutachten kann somit abgestellt werden.

4.6 Die am 21. November 2022 erfolgte Operation mit diagnostischer Laparoskopie und Direktverschluss der Umbilikalhernie (vgl. Bf-Beilage 26) liefert keine neuen Erkenntnisse. Namentlich wurde die kleine Umbilikalhernie bereits im F._____-Gutachten besprochen (vgl. KV-act. 100-48/75).

4.7 Auch der Hinweis auf die kurz nach Erlass der angefochtenen Verfügung im CT vom 17. Februar 2023 festgestellte linkskonvexe Skoliose (vgl. Bf-Beilage 28) ist nicht geeignet, die geklagten Schmerzen zu erklären. Ebenso wenig wird die Schmerzursache fachärztlich der mittels CT festgestellten zystischen Veränderung (von einer Grösse von 2 cm) zugeschrieben.

4.8 Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich auf künftige Untersuchungen und Behandlungen verweist, namentlich auf eine Bauchspiegelung, einen Besuch beim Rheumatologen sowie die Aufnahme einer psychologischen Behandlung (vgl. Beschwerde Ziff. 23, Stellungnahme Ziff. 10, 13), kann sie daraus nichts zu ihren Gunsten ableiten, da sich der gerichtliche Überprüfungszeitraum grundsätzlich auf den Sachverhalt beschränkt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung verwirklicht hat (vgl. oben E. 1.8).

4.9 Zusammenfassend finden sich keine Gründe, welche gegen die Beweistauglichkeit des F._____-Gutachtens sprechen. Auf dieses Gutachten kann somit abgestellt werden. Auf weitere Abklärungen wie namentlich das beantragte polydisziplinäre Gutachten kann in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d).

5. Gestützt auf das beweiskräftige F._____-Gutachten ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen, womit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht. Die angefochtene Verfügung vom 14. Februar 2023 ist folglich nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

6.1 Dem Verfahrensausgang entsprechend gehen die Verfahrenskosten (vgl. Art. 69 Abs. 1bis IVG) zu Lasten der Beschwerdeführerin. Vom Inkasso ist derzeit abzusehen, nachdem die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als erfüllt zu betrachten sind.

6.2 Analog ist der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtsverbeiständung zu gewähren und Rechtsanwältin B._____ als unentgeltliche Rechts-

beiständin zu bestellen. In Beachtung des kantonalen Gebührentarifs für Rechtsanwälte (GebTRA, SRSZ 280.411), welcher für das Honorar in Verfahren vor dem Verwaltungsgericht in § 15 GebTRA einen Rahmen von Fr. 300.-- bis Fr. 8'400.-- vorsieht sowie unter Beachtung der in § 2 GebTRA enthaltenen Kriterien (Wichtigkeit der Streitsache, Schwierigkeit, Umfang und der Art der Arbeitsleistung, notwendiger Zeitaufwand) und in Ausübung des pflichtgemässen Ermessens ist das Honorar (inkl. Auslagen und MwSt) auf Fr. 1'500.-- festzulegen.

Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.

2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Auf das Inkasso wird derzeit unter Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege verzichtet.

3. Der Beschwerdeführerin wird die unentgeltliche Rechtsverbeiständung gewährt. Rechtsanwältin B._____ wird als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt. Ihr wird aus der Gerichtskasse ein Honorar von insgesamt Fr. 1'500.-- (inkl. Auslagen und MwSt) zugesprochen.

4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von Fr. 500.-- sowie das Honorar von Fr. 1'500.-- dem Gericht zurückzuerstatten, wenn sie dazu innert 10 Jahren nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides in der Lage ist (§ 75 Abs. 3 VRP).

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht [BGG; SR 173.110] vom 17.6.2005).

   Soweit die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten nicht zulässig ist, kann in derselben Rechtsschrift subsidiäre Verfassungsbeschwerde* erhoben und die Verletzung von verfassungsmässigen Rechten gerügt werden (Art. 113ff. BGG).

6. Zustellung an:
   - die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin (2/R)
   - die Vorinstanz (R)
   - und das Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 3003 Bern (A).

Schwyz, 9. November 2023

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Der Gerichtsschreiber:

***Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Rumantsch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 11. Januar 2024