

# **FR\_GERICHTE 608 2018 139 vom 23. Januar 2019**

FR Kantonsgericht, 2019-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2018\\_139](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2018_139)

FR: FR\_GERICHTE 608 2018 139 du 23 janvier 2019

IT: FR\_GERICHTE 608 2018 139 del 23 gennaio 2019

## **Regeste**

Urteil des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts | Invalidenversicherung

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Beschwerde vom 22. Mai 2018 gegen die Verfügung vom 23. April 2018 wurde frist- und form- gerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht. Die Beschwerde- führerin hat ein schutzwürdiges Interesse, dass das Kantonsgericht, II. Sozialversicherungsge- richtshof, prüft, ob sie Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

### **E. 2.1**

Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwen- dung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsge- brechen, Krankheit oder Unfall sein. 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).

### **E. 2.2**

Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindes- tens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

### **E. 3**

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts begründet Medikamentenmissbrauch (wie auch Alkoholismus und Drogensucht) für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Viel- mehr wird ein solcher Missbrauch invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn er eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher, geistiger oder psychischer (vgl. Urteil EVGer I 750/04 vom 5. April 2006 E. 1.2 mit Hinweisen), die Erwerbsfähigkeit bein- trächtigender Gesundheitsschaden

eingetreten ist, oder wenn er selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (Urteile BGer 8C\_480/2007 vom 20. März 2008 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen; 9C\_701/2012 vom 10. April 2013 E. 2). Aus letzterem Leitsatz folgt nicht, dass die Auswirkungen eines Medikamentenmissbrauchs, der seinerseits auf einen Gesundheitsschaden zurückgeht, per se invaliditätsbegründend sind. Die zitierte Praxis setzt vielmehr den Grundsatz um, dass funktionelle Einschränkungen nur anspruchsbegründend sein können, wenn sie sich als Folgen selbstständiger Gesundheitsschädigungen darstellen (Art. 6 ff. ATSG und Art. 4 Abs. 1 IVG). Insofern verhält es sich ähnlich wie im Verhältnis zwischen psychosozialen oder soziokulturellen Umständen und fachärztlich festgestellten psychischen Störungen von Krankheitswert (BGE 127 V 294 E. 5a). Wo die Gutachter im Wesentlichen nur Befunde erheben, welche im Medikamentenmissbrauch ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in dieser aufgehen, ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden gegeben (vgl. Urteile BGer 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 [betreffend Drogensucht]; 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.1). Angesichts der insoweit finalen Natur der Invalidenversicherung (BGE 120 V 95 E. 4c; MEYER/ REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz. 51 zu Art. 4) ist nicht entscheidend, ob der Medikamentenmissbrauch Folge eines körperlichen oder geistigen Gesundheitsschadens ist oder ob der Missbrauch ausserhalb eines Kausalzusammenhangs mit dem versicherten Gesundheitsschaden steht. In beiden Konstellationen sind reine Missbrauchsfolgen IV-rechtlich irrelevant, soweit sie als solche allein leistungsmindernd wirken. Hingegen sind sie gleichermassen IV-rechtlich relevant, soweit sie in einem engen Zusammenhang mit einem eigenständigen Gesundheitsschaden stehen. Dies kann der Fall sein, wenn der Medikamentenmissbrauch – einem Symptom gleich – Teil eines Gesundheitsschadens bildet (BGE 99 V 28 E. 3b); dies unter der Voraussetzung, dass nicht allein die unmittelbaren Folgen des Medikamentenkonsums, sondern wesentlich auch der somatische Befund selber zu Arbeitsunfähigkeit führt. Sodann können selbst reine Missbrauchsfolgen invalidisierend sein, wenn daneben ein somatischer Gesundheitsschaden besteht, welcher die Schmerzmittelabhängigkeit aufrecht erhält oder deren Folgen massgeblich verstärkt. Umgekehrt können die Auswirkungen des Missbrauchs (unabhängig von ihrer Genese) wie andere psychosoziale Faktoren auch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der Folgen eines Gesundheitsschadens beeinflussen (vgl. Urteil BGer 8C\_580/2014 vom 11. März 2015 E. 2.2.1 [betreffend Drogensucht], mit Verweis auf Urteil BGer 9C\_856/2012 vom 19. August 2013 E. 2.2.2 mit weiteren Hinweisen).

#### **E. 4.1**

Es ist Aufgabe des Arztes, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten der Versicherte in seinen körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, d.h. arbeitsunfähig ist (BGE 130 V 97 E. 3.3.2; 115 V 133 E. 2c; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird nach dem Mass bestimmt, in welchem der Versicherte aus gesundheitlichen Gründen an seinem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht müssen sich auf die Fachkenntnisse des Verfassers eines medizinischen Berichts, auf welchen sie abstellen wollen, verlassen können. Für die Eignung eines Arztes oder einer Ärztin, in einer

bestimmten medizinischen Disziplin stichhaltige Aussagen machen zu können, ist ein entsprechender, dem Nachweis der erforderlichen Fachkenntnisse dienender, spezialärztlicher Titel vorausgesetzt (Urteil BGer 8C\_83/2010 vom 22. März 2010 E. 3.2.3). Die fachliche Qualifikation der Ärzte ist hinsichtlich des Beweiswertes ihrer Aussagen von erheblicher Bedeutung (SVR 2009 IV Nr. 56 S. 174; Urteile BGer 9C\_736/2009 vom 26. Januar 2010 E. 2.1, I 536/06 vom 1. Mai 2007 E. 6.3). Arztberichte, die nach Verfügungsdatum erstellt werden, sind in die Beurteilung miteinzubeziehen, soweit sie Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation erlauben (BGE 121 V 362 E. 1b; Urteile BGer 9C\_949/2011 vom 30. August 2012 E. 3.2.2; 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 8.3).

#### **E. 4.2**

Die Einschätzung des RAD-Arztes beruht auf einer Beurteilung der Aktenlage und einer vertieften Literaturrecherche. Bei den entsprechenden Ausführungen handelt es sich mangels selber durchgeführter Untersuchungen mithin nicht um Stellungnahmen im Sinne von Art. 49 Kantonsgericht KG Seite 6 von 11 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201). Denn es werden keine medizinischen Befunde erhoben, sondern die vorhandenen Befunde (von einem Arzt ohne einschlägige Spezialisierung) gewürdigt. Es handelt sich folglich um eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV (Urteil BGer 8C\_724/2011 vom 24. Juli 2012 E. 5.3.3). Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteile BGer 8C\_756/2008 vom 4. Juni 2009 E. 4.4; 9C\_589/2010 vom

#### **E. 8**

September 2010 E. 2; BGE 142 V 58 E. 5.1). Den Berichten versicherungsinterner Ärzte, mithin auch des RAD, kommt somit nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 135 V 465 E. 4.2–4.7). 5. Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 einleuchtend ist 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 (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3cc mit Hinweisen). 6. Im vorliegenden Fall ist strittig, ob die nach der angefochtenen Verfügung diagnostizierte Endometriose einen Einfluss auf den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin hat und somit der Sachverhalt weiter abzuklären ist. Zur Beantwortung dieser Frage sind die nachfolgenden medizinischen Berichte massgebend. 6.1. Das polydisziplinäre ABI-Gutachten vom 13. März 2018 (IV-Akten S. 236-261), das die orthopädische, psychiatrische und gastroenterologische Disziplin umfasst, kommt im Konsens zu folgender Schlussfolgerung: "Die 32-jährige Explorandin ist für die bisher ausgeübten Tätigkeiten wie auch für eine andere ähnlich gelagerte Tätigkeit zu 90% arbeits- und leistungsfähig [ganztägiges Pensum mit etwas vermehrten Pausen]. Medizinische Massnahmen werden zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit vorgeschlagen. Berufliche Massnahmen werden ebenfalls empfohlen. Die Prognose für eine Wiedereingliederung in den Erwerbsprozess ist allerdings aufgrund der subjektiven Beschwerden der Explorandin unsicher" (IV-Akten S. 258). Betreffend die früher attestierten Kantonsgericht KG Seite 7 von 11 Arbeitsunfähigkeiten geht das ABI-Gutachten in seiner Gesamtbeurteilung davon aus, dass aufgrund der Anamnese, der Untersuchungsergebnisse und der Akten bisher keine höhergradige, länger andauernde Arbeitsunfähigkeit als die aktuelle bestanden habe (IV-Akten S. 257). Im psychiatrischen Teilgutachten wird eine somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinalsystems (ICD-10: F45.32) sowie ein schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen und Opiaten (ICD-10; F11.1 und 13.1) diagnostiziert und festgehalten: "In der bisherigen Tätigkeit besteht aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Es bestehen keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht jemals eingeschränkt war" (IV-Akten S. 247). Das orthopädische Teilgutachten diagnostiziert einen Status nach wiederholtem lumbovertebralem Schmerzsyndrom (ICD-10: M54.5) und beurteilt die Arbeitsfähigkeit wie folgt: "Für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen (einschliesslich sämtlicher bislang durchgeführter Tätigkeiten) hat auch in der Vergangenheit keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden" (IV-Akten S. 282 f.). Aus gastroenterologischer Sicht werden Bauchschmerzen und Blähungen unklarer Ätiologie (ICD-10: R10.4) diagnostiziert und Folgendes ausgeführt: "Für die seit Jahren bestehenden chronischen Bauchbeschwerden der Patientin wurde kein organisches Korrelat gefunden. Multiple Abklärungen ergaben jeweils leichtgradige Befunde, die die ausgeprägte Symptomatik der Patientin nicht erklären. Eine wesentliche Erkrankung konnte aber ausgeschlossen werden. Es handelt sich somit am ehesten um ein schweres Reizdarmsyndrom mit Obstipation. Eine psychosomatische Komponente ist sehr wahrscheinlich. Die Beschwerden sind bisher therapieresistent und die diesbezügliche Prognose ist nicht gut". Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lautet wie folgt: "Körperlich belastende Arbeiten sind für die Patientin nicht geeignet. Auch ist eine Arbeit mit Kundenkontakt eher ungeeignet. Sie muss ihre Arbeit gelegentlich unterbrechen können, um eine Pause einzulegen. Bei ganztägiger Arbeit besteht eine Reduktion der Leistungsfähigkeit um 10%". (IV-Akten S. 255). Der RAD-Arzt beurteilt in seiner Stellungnahme vom 23. März 2018 (IV-Akten S. 262) das ABI-Gutachten als mehrheitlich schlüssig und nachvollziehbar. Er kritisiert die Diagnose des gastroenterologischen Teilgutachtens (Bauchschmerzen und Blähungen unklarer Ätiologie), da es sich dabei nur um ein Symptom handle und daher in der

psychiatrischen Diagnose (somatoforme autonome Funktionsstörung des unteren Gastrointestinalsystems) bereits enthalten sei. Daher sei auch die Reduktion der Leistungsfähigkeit um 10 Prozent aus gastroenterologischer Sicht nicht begründet. 6.2. Anlässlich einer Laparoskopie am 9. Mai 2018 wurde die Diagnose einer Endometriose Stadium II gestellt, die durch einen beigezogenen Gynäkologen bestätigt wurde. Die entsprechenden Herde wurden koaguliert (IV-Akten S. 269). Die entnommenen Biopsien erwiesen sich nicht als bösartig (IV-Dossier S. 273). Die daraufhin erfolgte Einschätzung des RAD-Arzt vom 6. Juli 2018 räumt ein, dass die Bauchschmerzen entgegen seiner früheren Beurteilung somit eine eigenständige gynäkologische Erkrankung darstellen würden. Diese sei allerdings therapierbar, weshalb sich diese neue Erkenntnis nicht auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auswirke, zumal sich lediglich die Interpretation des Schmerzes ändere (Beilage zu den Bemerkungen der IV-Stelle vom 22. August 2018). Die behandelnde Gynäkologin beschreibt in ihrem Bericht vom 10. September 2018 in allgemeiner Form, welche Formen und Therapien für die Endometriose bestehen. Sie äussert sich nicht konkret zum Fall der Beschwerdeführerin, da ihr der Operationsbericht der im Mai durchgeführten Kantonsgericht KG Seite 8 von 11 Laparoskopie nicht vorliege. Sie gibt aber Folgendes zu bedenken: "Die Patientinnen leiden meisten unter starken Mensbeschwerden, sowie häufig Schmerzen beim Geschlechtsverkehr. Die Bauchschmerzen sind jedoch bei A. \_\_\_\_\_ nicht abhängig vom Zyklus und werden durch Mahlzeiten eher verschlechtert. Auf Grund der Anamnese sprechen die ob genannten Bauchschmerzen eher nicht für eine typische Endometriose" (Beilage zu den Gegenbemerkungen vom 23. September 2018). Im Namen des RAD nahm Dr. med. C. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, Physikalische Medizin und Rehabilitation, am 23. Oktober 2018 Stellung zum gynäkologischen Bericht. Sie vertritt den Standpunkt, dass die durchgängigen – und nicht zyklusabhängigen – Bauchschmerzen nicht zu einer Endometriose passen würden. Das erkläre auch, weshalb seit Beginn der Bauchschmerzen vor 10 Jahren weder der behandelnde Gynäkologe, noch die Gutachter entsprechende Untersuchungen in die Wege geleitet hätten. Gegen die Endometriose als Ursache spreche weiter, dass die Schmerzen trotz der Koagulation der Endometrioseherde anlässlich der Laparoskopie und der Einleitung einer hormonellen Therapie weiterhin bestünden. Nach Ansicht der RAD-Ärztin ist die Ursache für die Bauchschmerzen insbesondere in der Schmerzmittelabhängigkeit zu sehen: "Die Versicherte konsumiert erhebliche Dosen von Medikamenten mit Suchtpotential, unabhängig von zyklusnahen Beschwerden und dies scheint auch nach der Therapie der Endometrioseherde und der hormonellen Behandlung unverändert der Fall zu sein. In beiden Gutachten [...] wurde klar geschildert, dass hier ein Entzug absolut notwendig sei. Codein ist ein Schmerzmittel aus der Opiatfamilie und hat erhebliches Abhängigkeitspotential und das Suchtpotential der Benzodiazepine (Lexotanil, Temesta etc.) ist auch hinreichend bekannt. [...] Das Codicontin hat aber als unerwünschte Wirkung häufig Bauchschmerzen - siehe Compendium unter «Codicontin» - [...], hinzu kommt noch eine mögliche Verstopfung, was die Krampfneigung noch verstärkt. [...] Wenn die Versicherte diese Mittel unkontrolliert unterbricht oder reduziert, kommen hierzu noch starke Entzugsschmerzen, was dann die Bauchschmerzen hervorruft oder noch zusätzlich verstärkt - ein Teufelskreis, der nichts mit organisch bedingten Schmerzen zu tun haben muss. [...] Hinzu können dann noch Angstzustände aufgrund des Entzugs von Benzodiazepinen kommen". Am Ende ihrer Stellungnahme gelangt die RAD-Ärztin zu folgender Schlussfolgerung: "Auf die beiden Gutachten kann daher abgestellt werden, auch wenn die bis dahin nicht bekannte Endometriose nicht entdeckt wurde. Diese fiel nicht in

das Spektrum der wahrscheinlichen Diagnosen und sollte ohnehin spätestens seit der Behandlung keinen Einfluss mehr haben auf die Arbeitsfähigkeit. Hingegen wurde in beiden Gutachten das Grundproblem der Versicherten erkannt – de[r] Schmerzmittelfehlgebrauch mit hohen Dosen - und eine Behandlung hiervon empfohlen". Über die Konsultation bei der spezialisierten Gynäkologin Dr. med. D. \_\_\_\_\_ am 11. September 2018 ist dem undatierten, anfangs Dezember 2018 eingereichten Arztbericht Folgendes zu entnehmen: "Die Patientin gibt bei der Konsultation keine weiteren typischen Endometriosebe- schwerden wie zyklische Schmerzen, Dyspareunie oder Dysmenorrhoe an. Des Weiteren nimmt sie seit Mai 2018 die Pille Cerazette, die eine adäquate Behandlung der Endometriose ist. Es wurde keine Untersuchung durchgeführt. Wir haben uns auf einen weiteren Termin nach sechs Monaten zur Verlaufskontrolle geeinigt". 7. Das Kantonsgericht würdigt die medizinischen Akten wie folgt: 7.1. Das polydisziplinäre Gutachten vom 13. März 2018 erfüllt die formellen Kriterien für eine Begutachtung. Es stützt sich auf das den Gutachtern vollständig zur Verfügung gestellte Dossier Kantonsgericht KG Seite 9 von 11 mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen sowie auf vier Explorationen (psychiatrisch, allge- meininternistisch, orthopädisch und gastroenterologisch) ab. Alle Teilgutachten sind für die streiti- gen Belange umfassend, berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwer- den, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt und sind in der Beurteilung der medizi- nischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Abweichende Arztmei- nungen werden diskutiert. Im Übrigen stimmen die psychiatrischen und orthopädischen Teilgutachten im Wesentlichen mit den Ergebnissen des bidisziplinären Gutachtens vom 11. Oktober 2016 überein (vgl. IV-Akten S. 121 ff.). Auch der RAD-Arzt stellt zu Recht fest, dass das polydisziplinäre Gutachten vom 13. März 2018 die formellen Kriterien erfüllt. Allerdings kritisiert er die vom Gastroenterologen attestierte 10- prozentige Leistungsminderung, zumal aus gastroenterologischer Sicht eine somatische Schmerz- ursache verneint und eine psychosomatische Ursache als sehr wahrscheinlich bezeichnet werde. Diese Kritik erscheint begründet und ist nachvollziehbar, zumal der psychiatrische Gutachter – trotz des Vorliegens einer somatoformen autonomen Funktionsstörung des unteren Gastrointesti- nalsystems (ICD-10: F45.32) sowie dem schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen und Opiaten (ICD-10: F11.1 und 13.1) – eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestätigte. Die begründete Kritik des RAD-Arztes ändert nichts am vollen Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens. 7.2. Aus den medizinischen Unterlagen ist zu schliessen, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Bauchschmerzen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach auf ihren Medikamenten- missbrauch zurückzuführen sind. Dazu hielt der psychiatrische Gutachter im polydisziplinären Gutachten vom 13. März 2018 Folgendes fest: "Bei der Explorandin besteht seit Jahren ein schädlicher Gebrauch von Benzodia- zepinen und Opiaten. Vor allem der langjährige Opiatkonsum führte zu einer Senkung der Schmerzschwelle" (IV-Akten S. 247). Der Gastroenterologe seinerseits gab in der Anamnese Folgendes wieder: "Die Patientin ist immer etwas verstopft und hat konstant Bauchschmerzen und Blähungen. Multiple therapeutische Massnahmen mit diversen Medikamenten haben nicht zu einer wesentlichen Besserung geführt. In Stresssituationen sind die Beschwerden verstärkt. Manchmal sind sie auch kolikartig. An Tagen mit schlimmen Schmerzen tritt auch vermehrtes Schwitzen und eine Nausea auf und sie muss sich dann hinlegen; dies betrifft ungefähr 10 Tage pro Monat. Wegen der Obstipation hat sie in letzter Zeit die Opiate reduziert, nimmt aber weiterhin Tramal und Codicontin ein. In Reserve nimmt sie Temesta

ein, welches bei stärkeren Beschwerden hilft" (IV- Akten S. 255). Auch die RAD-Ärztin hielt in ihrem umfassenden Bericht vom 23. Oktober 2018 fest, dass die Beschwerdeführerin erhebliche Dosen von Medikamenten mit Suchtpotential konsumiere, unabhängig von zyklusnahen Beschwerden, und dies scheine auch nach der Therapie der Endometrioseherde und der hormonellen Behandlung unverändert der Fall zu sein. Auch wenn die erstmalige Verordnung von Schmerzmitteln eventuell anfangs durch zeitlich begrenzte, jedoch starke zyklusabhängige Schmerzen (mit oder ohne Endometriose), eventuell anfangs auch kombiniert mit gastroenterologischen Beschwerden funktioneller Arzt wie Reizdarmsyndrom, motiviert gewesen sei, so habe sich die Problematik wahrscheinlich irgendwann „verselbständigt“ und die Beschwerdeführerin konsumiere weiter Schmerzmittel mit Abhängigkeitspotential (Beilage zu den Schlussbemerkungen der IV-Stelle vom 25. Oktober 2018). Dieser Aspekt wurde bereits im interdisziplinären Gutachten vom 11. Oktober 2016 von den Gutachtern angesprochen. Der Rheumatologe äusserte sich dazu wie folgt: "Die reklamierte vegetative Kantonsgesundheit KG Seite 10 von 11 Symptomatik (Dyshydrose, abdominale Beschwerden) ist zudem auch im Kontext des erheblichen Opioid/Opiat-Fehlgebrauchs erklärbar" (IV-Akten S. 133). Der psychiatrische Gutachter stützte diese Sicht: "Es erfolgt eine leitlinienwidrige, potenziell suchtsinduzierende Verordnung von Opioiden/Opiaten und Benzodiazepinen (fehlende Indikation für Opiate/Opioide, da keine somatisch verstandene Schmerzursache definiert ist; leitlinienwidrige Dauerverordnung von Benzodiazepinen ohne Dokumentation und ohne Indikation), die geeignet ist, die reklamierten Beschwerden zumindest anteilig wesentlich mit zu erklären (gastrointestinale Nebenwirkungen von Opioiden/Opiaten). Angesichts des fehlenden klinischen Korrelats einer namhaften Schmerzbeeinträchtigung ist die reklamierte Symptomatik auch im Sinne einer Alibisierung des Suchtmittelkonsums verstehbar" (IV-Akten S. 145 f.). 7.3. Es ist somit vorliegend davon auszugehen, dass die Schmerzmittelabhängigkeit die (Haupt)Ursache der beklagten Bauchschmerzen darstellt. Die zwischenzeitlich diagnostizierte Endometriose ändert an dieser Feststellung nichts, zumal bereits in der Vergangenheit die Beschreibung der Schmerzen offenbar keinen der involvierten Spezialisten an eine gynäkologische bzw. zyklusabhängige Krankheit denken liess. Dazu kommt, dass auch die beiden konsultierten Gynäkologinnen die geschilderten Bauchschmerzen nicht als typisch bzw. symptomatisch für diese Erkrankung einstufen. So berichtete Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, am 10. September 2018, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Bauchschmerzen nicht abhängig vom Zyklus seien und durch die Einnahme von Mahlzeiten eher verschlechtert würden. Aufgrund der Anamnese würden die Bauchschmerzen eher nicht für eine typische Endometriose sprechen (vgl. den Bericht vom

## **E. 10**

September, eingereicht am 13. September 2019). Auch Dr. med. D. \_\_\_\_\_, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, berichtete, dass die Beschwerdeführerin keine typischen Endometriosebeschwerden (wie zyklische Schmerzen, Dyspareunie oder Dysmenorrhoe) angebe (vgl. den undatierten Bericht, eingereicht am 6. Dezember 2018). Die zufällig entdeckte Endometriose bietet somit keinen Anlass, das polydisziplinäre Gutachten in Zweifel zu ziehen. Entscheidend ist vorliegend, dass der Medikamentenmissbrauch und dessen Folgen im Gutachten berücksichtigt und gewürdigt wurden. Es kann folglich weiterhin auf das Gutachten abgestellt werden. Weitere Abklärungen und Begutachtungen, wie von der Beschwerdeführerin beantragt, erübrigen sich somit. 7.4. Zusammenfassend steht damit fest, dass die Beschwerdeführerin keine invalidenversicherungsrechtlich

relevante gesundheitliche Beeinträchtigung aufweist, die zu einer Arbeitsunfähigkeit in ihrer bisherigen Tätigkeit als Kundenbetreuerin führt. Demnach besteht weder ein Anspruch auf berufliche Massnahmen noch auf eine Berentung. 8. Gemäss den vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde somit abzuweisen und die angefochtene Verfügung zu bestätigen. 9. Die Gerichtskosten von CHF 800.- sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe zu verrechnen. Die Beschwerdeführerin hat als unterliegende Partei keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Kantonsgericht KG Seite 11 von 11 Der IV-Stelle als obsiegende Versicherungsträgerin wird grundsätzlich keine Parteientschädigung zugesprochen (Art. 61 lit. g ATSG i.V.m. Art. 139 des Gesetzes vom 23. Mai 1991 über die Verwaltungsverwaltungspflege [VRG; SGF 150.1]; Urteil BGer 9C\_67/2008 vom 16. Februar 2009 E. 2.1). Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird abgewiesen. II. Die Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- gehen zu Lasten von A.\_\_\_\_\_. Sie werden mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 23. Januar 2019/asp Der Präsident: Die Gerichtsschreiberin:

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