

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/299 vom 24. Januar 2020

Sg Versicherungsgericht, 2020-01-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2017_299

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/299 du 24 janvier 2020

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2017/299 del 24 gennaio 2020

Regeste

Art. 28 IVG. Würdigung eines psychiatrischen Gutachtens. Voreingenommenheit des Gutachters nicht erstellt. Dem Gutachten fehlt es an einer überzeugenden Auseinandersetzung mit der Wechselwirkung der einzelnen Diagnosen untereinander. Rückweisung zu weiteren Abklärungen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 24. Januar 2020, IV 2017/299).

Volltext

Entscheid vom 24. Januar 2020 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Annina Janett Geschäftsnr. IV 2017/299 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.____ meldete sich im Februar 2016 unter Hinweis auf Depressionen und Alkohol bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an. Sie gab an, eine Ausbildung als Baumalerin absolviert zu haben. Seit der Geburt ihres Sohnes sei sie Hausfrau und Mutter. Seit ca. Juli 2015 arbeite sie via die Sozialhilfe im Leistungszentrum in B.____ im 50%-Pensum (IV-act. 9). Am 29. Februar 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass gemäss ihren Abklärungen zurzeit keine beruflichen Massnahmen angezeigt seien, da sie als Hausfrau tätig sei (IV-act. 18). Der behandelnde Psychiater Dr. med. C.____, Klinik D.____, berichtete am 2. März 2016, dass bei der Versicherten seit etwa 1995 ein Alkoholabhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) sowie seit etwa 2000 eine rezidivierende depressive Störung mit meist mittel- bis schwergradigen Episoden ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) beständen. Die Versicherte sei höchstens noch im geschützten Rahmen teilarbeitsfähig. Sie sei in der selbständigen Lebensgestaltung erheblich eingeschränkt. Wenn die Versicherte alleine gewesen sei, sei sie dem Alkoholkonsum verfallen oder habe an Depressionen gelitten. In betreuten Wohnsituationen gehe es ihr relativ gut. Seit dem 15. Februar 2016 befinde sich die Versicherte erneut in einer betreuten Wohnsituation. Sie habe sich soweit stabilisiert, dass daran gedacht werde, sie stundenweise in ihren erlernten Beruf zu reintegrieren. Sie werde ambulant psychiatrisch behandelt (IV-act. 20). Im Fragebogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt vom 6. Juli 2016 gab die Versicherte an, dass sie seit April 2007 nicht mehr erwerbstätig gewesen sei. Ohne gesundheitliche Einschränkungen wäre sie heute aus finanziellen Gründen im 50-100%-Pensum als Malerin tätig. Sie lebe zurzeit im betreuten Wohnen und ihr Sohn befinde sich im Kinderheim. Ohne Unterstützung sei sie in allen Bereich instabil (IV-act. 27, vgl. auch IV-act. 30). Anlässlich des Gesprächs mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 23. Dezember 2016 gab

Dr. C.____ an, dass er die Versicherte seit ca. zehn Jahren behandle. Während dieser Zeit habe sich ein schwieriger Verlauf mit unzähligen Abstürzen im Rahmen von übermässigem Alkoholkonsum gezeigt. Seit Jahren würden zunehmende depressive Phasen auftreten. Seit Februar 2016 wohne die Versicherte in einer Wohngemeinschaft bei einem Ehepaar, das einen Bauernbetrieb führe. Sie imponiere psychisch deutlich stabiler. Einmal in der Woche arbeite sie in der geschützten Werkstatt, ansonsten helfe sie auf dem Bauernhof mit. Dr. C.____ empfahl die Durchführung von beruflichen Massnahmen nach Massgabe der Eingliederungsberatung im Sinne eines Arbeitstrainings (IV-act. 33, 39). Am 16. Mai 2017 wurde die Versicherte von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch begutachtet. Der Sachverständige diagnostizierte im Wesentlichen ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinent in beschützter Umgebung (ICD-10 F10.21), sowie eine Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS), vorwiegend hyperaktiv-impulsiver Typus, leichten bis mittleren Grades (ICD-10 F90.1; IV-act. 49-30 f.). Der Sachverständige hielt zur Wechselwirkung der beiden Diagnosen fest, dass sich die Impulskontrollstörung ungünstig auf die Frustrationstoleranz auswirke, was dann zu einer Alkoholbetäubung des Frustes führe. Die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte rezidivierende depressive Störung mit teils mittelgradigen und schweren Episoden könne entsprechend den Angaben der Versicherten, aber auch aus den Berichten der Kliniken nicht objektiviert werden. Die Versicherte habe die Neigung, emotional sehr stark zu reagieren und ihre Wut, Enttäuschung und Trauer mit Alkohol zu betäuben. Dies habe aber nichts mit einer Depression zu tun. Mit sehr grosser Wahrscheinlichkeit sei anzunehmen, dass die wiederholt gestellten Diagnosen eher "taktische" Diagnosen, d.h. "Gefälligkeitsdiagnosen" gewesen seien, um das Alkoholproblem der Versicherten zu bagatellisieren und die Geldleistungen der Versicherungen zu beschleunigen und garantieren. Konkret zeige sich die Gesundheitsschädigung hauptsächlich durch einen situativ übermässigen Alkoholkonsum mit dem Ziel der Betäubung von Schmerz, Trauer und Enttäuschung, aber auch als Vermeidungsstrategie bei irgendeiner Anforderung mit Versagensängsten. Dies sei eine klassische Auswirkung der Alkoholabhängigkeit, erschwert zusätzlich durch die Impulskontrollstörung (IV-act. 49-22 f.). Dass gewisse Belastungen bei der Versicherten zu einer Reaktion mit Angst und depressiven Symptomen geführt hätten, sei nicht auszuschliessen. Dass aber Depressionen mittelgradig bis schweren Ausmasses vorgelegen hätten, sei nicht nachzuvollziehen. Schliesslich habe jedes Mal ein schwerer Alkoholabsturz im Zusammenhang mit einer vorgängigen psychosozialen Problematik und nicht eine Depression zu einem Eintritt in eine Klinik geführt (IV-act. 49-25). Der Gutachter führte weiter aus, dass die Versicherte alleine mit sich selbst nicht viel anfangen könne. Sie brauche irgendeine Stütze respektive eine nahe Ansprechperson, die ihr helfen könne bzw. einfach nur in der Nähe sei. Selbstverständlich wäre es am einfachsten, wenn sie einen "günstigen" Partner finden könnte, was bei ihrer weiterhin zu erwartenden "ungünstigen" Partnerwahl allerdings unwahrscheinlich sei. Meistens würden impulskontrollgestörte Menschen nicht die für sie guten "Langweiler" anziehen, sondern ebenfalls impulskontrollgestörte Partner, was dann ein "explosives Gemisch" ergebe (IV-act. 49-28). Die Versicherte müsse an der Impulskontrollstörung arbeiten, sie müsse ihr Selbstwertgefühl mit Erfolgen aufbauen, also insbesondere wieder arbeiten und wieder Verantwortung für ihren Sohn übernehmen. Die Versicherte sei bei den Eingliederungsbemühungen hauptsächlich gescheitert, weil sie sich nur um ihren Sohn und nicht um sich selbst bemüht habe. Es sei eine Gewohnheit gewesen, mit Alkoholbetäubung versagen zu dürfen. Man müsse der Versicherten aufzeigen, dass dieses ständige sich

Betrinken bei Belastungen ihrer unwürdig sei. Bei der Versicherten fehle wenig, damit sie Erfolg hätte. Dass sie mit der Alkoholbetäubung den einfachsten Weg gehe, sei bei ihren vorhandenen Ressourcen sowohl selbstbedingt als auch störungsbedingt. Sie könne anders und habe auch genügend Hilfe. Vielleicht werde es besser, wenn man ihre Impulskontrollstörung mehr therapiere. Der Versicherten sei eine Arbeit zuzumuten; diese würde ihr guttun. Sie sei im alkoholabstinenten Zustand voll arbeitsfähig. Die Hauptfrage sei, wie man eine Alkoholbetäubung der Versicherten bei Kränkungen und Belastungen verhindern könne. Es gebe einzelne Medikamente, die ihre Impulskontrollstörung deutlich vermindern würden. Unter diesen Medikamenten sowie mit entsprechenden sozialen Stützen sei ihr eine Arbeitstätigkeit im vollen Rahmen zumutbar. Sie könne jegliche handwerkliche Tätigkeiten oder Putztätigkeiten leisten, wobei das Arbeitsfeld und der Chef fast wichtiger seien als die Arbeit selbst. Für intellektuelle Tätigkeiten sei die Versicherte nicht ausgebildet. Im Rahmen der ADHS seien intellektuelle Tätigkeiten auch nicht zu empfehlen, sondern eher eine handwerkliche Arbeit. Eine Alkoholabstinenz sei insbesondere aufgrund der vielen Ressourcen der Versicherte auf jeden Fall zumutbar. Man müsse korrekterweise allerdings auch ihre Impulskontrollstörung behandeln (IV-act. 49-30 ff.). Der RAD notierte am 4. Juli 2017, dass das Gutachten formal und inhaltlich den Konventionen entspreche, die man an ein medizinisches Gutachten stellen dürfe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht liege kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vor und die Versicherte sei in adaptierten Tätigkeiten zu 100% arbeitsfähig (IV-act. 50). Gleichentags teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie das Begehren um berufliche Massnahmen abweisen werde, da kein IV-relevanter Gesundheitsschaden vorliege (IV-act. 53). Mit einem Vorbescheid vom 6. Juli 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten unter Verweis auf die gutachterlichen Ausführungen die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (IV-act. 56). Dagegen wandte die Versicherte am 11. Juli 2017 ein, dass sie zwar in der Lage sei, im geschützten Bereich Arbeit zu verrichten, aber dass sie nicht im Stande sei, einer 100%igen Arbeit nachzugehen. Sie befürchte, dass es ihr dann wieder psychisch schlechter gehen könnte, was in den letzten 12 Jahren immer wieder passiert sei (IV-act. 57). Am 26. Juli 2017 verfügte die IV-Stelle gemäss ihrem Vorbescheid die Abweisung des Rentenbegehrens bei einem Invaliditätsgrad von 0%. Zum Einwand der Versicherten hielt sie fest, die Versicherte habe selbst erwähnt, dass es ihr dank des aktuellen Arbeits- und Wohnumfeldes deutlich besser gehe. Auch im Gutachten sei festgehalten worden, dass die Versicherte vor allem einen verständnisvollen Vorgesetzten benötige. Wenn dies erfüllt sei, könne sie auch in der freien Wirtschaft eine 100%ige Arbeitsleistung erbringen (IV-act. 58). Am 23. August 2017 erhob die Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 26. Juli 2017 und beantragte eine Fristverlängerung zur Beschwerdebegründung. Sie brachte vor, dass sie sich durch das Vorgehen der IV-Stelle nicht ernstgenommen fühle. Ihr behandelnder Psychiater sei zudem nie um eine Stellungnahme ersucht worden (act. G 1). Nach mehrmaliger Fristerstreckung beantragte die (nun anwaltlich vertretene) Beschwerdeführerin am 11. Dezember 2017, die Verfügung vom 26. Juli 2017 sei aufzuheben und ihr seien nach einer nochmaligen Abklärung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit die ihr zustehenden Leistungen der Invalidenversicherung (berufliche Massnahmen, allenfalls eine Rente) zu gewähren. Zudem ersuchte die Beschwerdeführerin um die Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverteidigung. Die Beschwerdeführerin machte geltend, dass das monodisziplinäre Gutachten nicht haltbar sei. Dies ergebe sich insbesondere aus der Unterstellung, dass die Diagnose einer Depression eine Gefälligkeitsdiagnose gewesen sei. Auch argumentiere der

Gutachter, dass es am einfachsten wäre, wenn die Beschwerdeführerin einen "günstigen" Partner finden würde. Mit solchen Aussagen lasse der Gutachter die notwendige Sachlichkeit vermissen und es müsse von einer negativen Vorbefasstheit ausgegangen werden. Der Gutachter habe den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wohl geleitet von seiner Vorbefasstheit nicht richtig erfasst. Die Suchtproblematik der Beschwerdeführerin werde durch eine psychische Grunderkrankung offensichtlich begleitet und verstärkt und es sei daher auch hinsichtlich des Suchtleidens von einer invalidisierenden Erkrankung auszugehen. Deshalb werde darum ersucht, dass der Gesundheitszustand nochmals umfassend abgeklärt werde. Es müsse geklärt sein, in welchem Pensum eine Arbeitstätigkeit zumutbarerweise ausgeübt werden könne. Dabei werde es letztlich auch um die notwendigen beruflichen Massnahmen gehen (act. G 13). Die Beschwerdeführerin reichte eine Stellungnahme von Dr. C. ___ vom 27. November 2017 ein. Dieser hatte die Verneinung eines depressiven Geschehens im Gutachten bemängelt. Er hatte festgehalten, dass nicht auf eine taktische Diagnose geschlossen werden dürfe, nur weil die Klinikberichte diesbezüglich wenig aussagekräftig seien. Er kenne die Versicherte seit 2006 und sie sei mehrmals mittelgradig bis schwergradig depressiv gewesen. Aus diesem Grund habe er sie über all die Jahre mit antidepressiven und stimmungsstabilisierenden Medikamenten behandelt. Heute gehe es dank des geschützten Rahmens und der Medikamenteneinnahme gut. Der Gutachter scheine die Schwere der Alkoholkrankheit zu bagatellisieren. Damit die Versicherte längerfristig Fuss fassen könne, müssten berufliche Massnahmen durchgeführt werden (act. G 13.1). Am 12. Januar 2018 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, soweit darauf einzutreten sei. Zur Begründung führte sie aus, dass der Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen am 4. Juli 2017 rechtskräftig abgewiesen worden sei, so dass der am 11. Dezember 2017 gestellte Antrag auf berufliche Massnahmen verspätet erfolgt sei. Demnach sei auf das Gesuch um berufliche Massnahmen nicht einzutreten. Die Beschwerdeführerin mache im Wesentlichen eine Befangenheit des Gutachters geltend. Zwar sei die Wortwahl des Gutachters etwas salopp, die Grenze zur Despektierlichkeit sei aber (noch) nicht überschritten. Aufgrund der harmlosen psychiatrischen Befundlage habe der Gutachter zu Recht keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Eine Drogensucht begründe für sich alleine keine Invalidität. Die Einwände des Hausarztes vermöchten das Gutachten nicht zu erschüttern. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt (act. G 15). Am 2. März 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren in der Beschwerde gestellten Anträgen fest und bestätigte im Wesentlichen ihre Standpunkte. Ergänzend hielt sie fest, dass dem behandelnden Psychiater, nur weil er die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren therapiere, nicht die nötige Objektivität fehle. Vielmehr lasse erst eine lang andauernde Therapie bei komplexen psychischen Beeinträchtigungen eine klare Aussage zu, während ein Gutachter nur eine Momentaufnahme widergebe (act. G 20). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (vgl. act. G 22). Am 19. Juni 2019 reichte die Beschwerdeführerin einen Artikel der Online-Zeitung F. ___ vom 12. Juni 2019 über einen Straffall ein, bei dem Dr. E. ___ als Gutachter hinzugezogen worden war (act. G 23). Die Beschwerdegegnerin liess sich nicht vernehmen (vgl. act. G 24). Erwägungen Mit Verfügung vom 26. Juli 2017 hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente verneint. Entscheidinhalt der angefochtenen Verfügung ist folglich ausschliesslich der Anspruch der Beschwerdeführerin auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung. Die von der Beschwerdeführerin ebenfalls

beantragten beruflichen Massnahmen (act. G 13 S. 5) sind von der Beschwerdegegnerin mit einer Mitteilung vom 4. Juli 2017 (IV-act. 53) abgelehnt worden und die Beschwerdeführerin hat keine beschwerdefähige Verfügung verlangt. Ein allfälliger Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen kann deshalb nicht Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens sein, weshalb auf den entsprechenden Antrag nicht eingetreten werden kann. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens bildet somit einzig die Frage, ob die Beschwerdeführerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Einen Rentenanspruch haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 des IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Um das Invalideneinkommen zu bestimmen und damit den Invaliditätsgrad bemessen zu können, muss die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit im Verfügungszeitpunkt feststehen. Zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin durch Dr. E.____ psychiatrisch begutachten lassen. Die Beschwerdeführerin bringt im Wesentlichen vor, dass Dr. E.____ voreingenommen gewesen sei. Sie leitet diese Voreingenommenheit insbesondere aus den verschiedenen im Gutachten verwendeten Formulierungen ("Selbstverständlich wäre es am einfachsten, wenn sie einen günstigen Partner finden könnte [...]"; "die wiederholt gestellten Diagnosen von rezidivierenden depressiven Episoden eher taktische Diagnosen, d.h. Gefälligkeitsdiagnosen gewesen sein dürften"; IV-act. 49-22 und 28) ab. Der Gutachter hat sich mit der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin und ihren biografischen Angaben auseinandergesetzt und ist dabei zum Schluss gekommen, dass die Beschwerdeführerin eine Stütze bzw. eine nahe Ansprechperson brauche. Sie scheine Mühe zu haben, wenn sie auf sich allein gestellt sei, während sie in Gesellschaft aufblühe (IV-act. 49-26, 28). Dass der Gutachter dabei einen (fraglich notwendigen) Kommentar hinsichtlich der günstigen bzw. ungünstigen Partnerwahl der Beschwerdeführerin abgegeben hat, erscheint zwar wenig professionell, ist aber natürlich noch kein Beweis für eine Voreingenommenheit des Gutachters gegenüber der Beschwerdeführerin. Insbesondere ist dem Gutachter aus dem Umstand, dass er seine gutachterliche Einschätzung zum Teil unverblümt wiedergibt, nicht per se seine Objektivität abzuspochen. Die übrigen gutachterlichen Aussagen erwecken ebenfalls nicht den Anschein einer Voreingenommenheit, zumal der Gutachter die Beschwerdeführerin keineswegs negativ beschrieben oder gar abwertende Aussagen getätigt, sondern sie als bei der Begutachtung "sehr klar, motiviert, sehr anständig und

höflich" bezeichnet hat (IV-act. 49-37). Auch die Tatsache, dass der Gutachter die vom behandelnden Psychiater diagnostizierte depressive Störung als taktische bzw. Gefälligkeitsdiagnose bezeichnet hat, genügt nicht, seine Objektivität in Frage zu stellen. Soweit der Gutachter etwas ungeschickt und überzogen von einer "Gefälligkeitsdiagnose" des Behandlers gesprochen hat, ist entsprechend der Ansicht der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass er sich damit auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung, wonach bekannt ist, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweisen), bezogen hat. Nach dem Gesagten ist der Vorwurf der Befangenheit von Dr. E.____ vorliegend nicht gerechtfertigt. Aus den Akten ergeben sich auch keine Hinweise darauf, dass die vorliegende psychiatrische Begutachtung und die entsprechende gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung durch sachfremde, d.h. durch nicht medizinische Aspekte beeinflusst worden wäre. Bezüglich des eingereichten Zeitungsartikels (act. G 23.1), in dem eine Journalistin die "ziemlich irritierende" Haltung des Gutachters und dessen gutachterliche Aussagen in einem früheren Strafverfahren thematisiert hatte, ist anzumerken, dass weder der Inhalt des Artikels noch das damalige Verfahren in irgendeinem Zusammenhang zu der hier zu prüfenden Angelegenheit stehen und deshalb im vorliegenden Verfahren irrelevant sind (und vor dem Hintergrund der dem Gericht obliegenden Objektivität und Neutralität nicht berücksichtigt werden dürfen). Zu prüfen ist weiter, ob die medizinischen Akten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu belegen vermögen. Der psychiatrische Gutachter hat einerseits ein Alkoholabhängigkeitssyndrom sowie andererseits eine ADHS diagnostiziert und sich mit den einzelnen Diagnosen eingehend befasst. Allerdings hat er sich mit der Kombination der beiden Diagnosen nur ungenügend auseinandergesetzt. Er hat bezüglich einer allfälligen Wechselwirkung lediglich festgehalten, dass sich die Impulskontrollstörung der Beschwerdeführerin grundsätzlich ungünstig auf deren Frustrationstoleranz auswirke, was dann zu einer Betäubung des Frustes mit Alkohol führe. Die ADHS-Diagnose selbst habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wirke sich aber ungünstig auf die Alkoholabhängigkeit aus. Hinzu kommt, dass der Gutachter die Alkoholabhängigkeit als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt hat. Dies erweckt den Eindruck, dass sich der Gutachter bezüglich des Einflusses dieser Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und der Korrelation der beiden Diagnosen untereinander nicht festlegen können oder wollen. Dafür spricht insbesondere auch, dass der Gutachter den Alkoholkonsum der Beschwerdeführerin sowohl als "selbstbedingt" als auch als "störungsbedingt" bezeichnet hat und seine Einschätzung insgesamt sehr vage geblieben ist ("Vielleicht wird das Ganze besser, wenn man ihre Impulskontrollstörung therapiert", IV-act. 49-33). Zusammenfassend hat sich der Gutachter mit den gesundheitlichen Beeinträchtigungen in ihrer Kombination nur ungenügend auseinandergesetzt und deshalb keine überzeugend begründete Arbeitsfähigkeitsschätzung abgegeben. Die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. C.____ vermögen in Bezug auf die Diagnose einer depressiven Störung ebenfalls nicht zu überzeugen. Insbesondere fehlt es an einer plausibel begründeten Herleitung der gestellten Diagnose, weshalb auf die daraus abgeleitete Arbeitsfähigkeitsschätzung ebenfalls nicht abgestellt werden kann. Nicht zuletzt ist auf die in Erwägung 2.2.1 zitierte Praxis des Bundesgerichts zu verweisen, wonach es einer Erfahrungstatsache entspreche, dass Hausärzte und behandelnde Spezialisten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im

Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. zu den weiteren Gründen BGE 135 V 470 f. E. 4.5). Insgesamt ist festzuhalten, dass die aktuelle medizinische Aktenlage die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt. Der medizinische Sachverhalt erweist sich somit als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Die Verfügung vom 26. Juli 2017 ist deshalb in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ergangen und als rechtswidrig aufzuheben. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist eine Rückweisung an die Verwaltung dann zulässig, wenn es darum geht, zu einer bisher vollständig ungeklärten Frage ein Gutachten einzuholen, oder wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (vgl. das Urteil des Bundesgerichtes vom 15. November 2019, 8C_525/2019 E. 3.3). Die Sache ist folglich im Sinne der Rechtsprechung zur Präzisierung und Ergänzung der gutachterlichen Ausführungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dabei wird sie dem psychiatrischen Gutachter Rückfragen bezüglich der Kombination der gestellten Diagnosen zu stellen haben und im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu den Suchtleiden (vgl. BGE 145 V 215) abzuklären haben, ob die Diagnosen in ihrer Gesamtheit eine Arbeitsunfähigkeit auslösen, die eine Invalidität der Beschwerdeführerin bewirken könnte. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 26. Juli 2017 aufzuheben und die Sache ist zur notwendigen Vervollständigung der Sachverhaltsabklärung und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Die Rückweisung der Sache zur ergänzenden Abklärung und neuen Beurteilung an die Verwaltung ist als volles Obsiegen der Beschwerdeführerin zu werten (BGE 132 V 215 E. 6.2). Dementsprechend ist die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung auszurichten. Diese ist angesichts des durchschnittlichen erforderlichen Vertretungsaufwandes praxisgemäss auf Fr. 3'500.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 26. Juli 2017 aufgehoben und die Sache wird zur Fortsetzung des Verwaltungsverfahrens und zur anschliessenden neuen Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Die Beschwerdegegnerin bezahlt eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Die Beschwerdegegnerin hat die Beschwerdeführerin mit Fr. 3'500.-- zu entschädigen.

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