

# **UR\_GERICHTE 2024\_OG V 23 12 vom 24. Mai 2024**

UR Obergericht, 2024-05-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur\\_gerichte\\_2024\\_OG\\_V\\_23\\_12](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ur_gerichte_2024_OG_V_23_12)

FR: UR\_GERICHTE 2024\_OG V 23 12 du 24 mai 2024

IT: UR\_GERICHTE 2024\_OG V 23 12 del 24 maggio 2024

## **Regeste**

Leistungen nach IVG.

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gegen Verfügungen, gegen welche eine Einsprache ausgeschlossen ist, kann Beschwerde an das kantonale Versicherungsgericht erhoben werden (Art. 56 Abs. 1 i.V.m. Art. 57 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Das Obergericht des Kantons Uri (Verwaltungsrechtliche Abteilung) ist sowohl sachlich (Art. 37 Abs. 1 Gesetz über die Organisation der öffentlichen Behörden [Gerichtsorganisationsgesetz; GOG, RB 2.3221]) als auch örtlich (Art. 69 Abs. 1 lit. a Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) zuständig. Die 30-tägige Beschwerdefrist (Art. 60 Abs. 1 ATSG) sowie die übrigen Formvorschriften (Art. 61 lit. b ATSG) wurden eingehalten. Die Beschwerdeführerin ist als Adressatin durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung (Art. 59 ATSG). Auf die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist einzutreten.

Seite 4 von 26

### **E. 2**

Am 1. Januar 2022 traten im Zuge der Weiterentwicklung der IV revidierte Bestimmungen im IVG sowie im ATSG in Kraft (Weiterentwicklung der IV [WEIV]; Änderung vom 19.06.2020, AS 2021 705, BBl 2017 2535), dies mitsamt entsprechendem Verordnungsrecht. Die vorliegend angefochtene Verfügung erging zwar nach dem 1. Januar 2022. Da der zur Diskussion stehende Rentenanspruch indessen bereits davor entstanden sein könnte, sind insoweit die bis 31. Dezember 2021 geltenden Rechtsvorschriften anwendbar (BGE 148 V 174 E. 4.1).

### **E. 3**

Im vorliegenden Verfahren reichten die Parteien dem Obergericht mehrere nach Verfügungserlass datierende Berichte ein: Von der Beschwerdeführerin sind dies zwei Stellungnahmen der behandelnden Psychotherapeutin vom 13. Juni 2023 und 28. November 2023 sowie eine Stellungnahme der behandelnden Psychiaterin vom 20. April 2024, von der Beschwerdegegnerin je eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 25. April 2023 und des psychiatrischen Gutachters vom 20. September 2023.

#### **E. 3.1**

Das Sozialversicherungsrecht kennt keine Beweismittelbeschränkungen. Der in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung (BV, SR 101) garantierte Anspruch auf rechtliches Gehör räumt den Betroffenen das persönlichkeitsbezogene Mitwirkungsrecht ein, erhebliche Beweise

einzubringen, mit entsprechenden Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise mitzuwirken. Das Gericht hat rechtzeitig und formrichtig angebotene Beweismittel abzunehmen (BGE 138 V 125 E. 2.1; 127 I 54 E. 2b). Es besteht kein Anspruch der Verfahrensbeteiligten, jederzeit mit neuen Eingaben an die Rechtsmittelbehörde gelangen zu können. Aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 61 lit. c ATSG) und des Grundsatzes der richterlichen Rechtsanwendung kann sie aber auch unaufgefordert eingereichte Belege und unaufgeforderte Parteivorbringen berücksichtigen, soweit sie für die Entscheidung von Bedeutung sind.

### **E. 3.2**

Zu unterscheiden von der prozessualen Frage nach der Berücksichtigung neuer Tatsachenbehauptungen und neuer Beweismittel im Rechtsmittelverfahren ist die materiellrechtliche Frage nach dem für den kantonalen und den letztinstanzlichen Richter massgeblichen Sachverhalt. Nach ständiger Rechtsprechung stellt das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 129 V 167 E. 1). Es sind also nicht die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rechtsmittelentscheides massgebend (BGE 116 V 246 E. 1a). Deshalb sollen Tatsachen, die den Sachverhalt nach dem Verfügungszeitpunkt verändert haben, in der Regel Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1). Demgegenüber sind Tatsachen, die sich zwar erst nach Erlass der Verwaltungsverfügung verwirklicht, aber den massgeblichen Sachverhalt nicht verändert haben, insoweit zu

Seite 5 von 26

berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Verfügungserlasses zu beeinflussen (BGer 8C\_506/2022 vom 21.06.2023 E. 4).

### **E. 3.3**

Die Ausführungen in den oben genannten Berichten beziehen sich (auch) auf den Sachverhalt vor Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung und können im Rahmen des oben Gesagten berücksichtigt werden.

### **E. 4**

Das kantonale Versicherungsgericht hat von Amtes wegen die für den Entscheid erheblichen Tatsachen festzustellen; es erhebt die notwendigen Beweise und ist in der Beweiswürdigung frei (Art. 61 lit. c ATSG). Sind zur Abklärung des Sachverhaltes zusätzliche Beweise erforderlich, werden sie von Amtes wegen erhoben (Art. 60 Abs. 1 Verordnung über die Verwaltungsrechtspflege [VRPV, RB 2.2345]).

### **E. 4.1**

Der Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung setzt sowohl nach altem als auch nach neuem Recht unter anderem voraus, dass die versicherte Person invalid oder von Invalidität unmittelbar bedroht ist (Art. 8 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG).

#### **E. 4.1.1**

So haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder

herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Art. 8 Abs. 1 IVG).

#### **E. 4.1.2**

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG).

#### **E. 4.1.3**

Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. 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. 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.

#### **E. 4.2**

Bei der Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 140 V 193 E. 3.2; BGer 9C\_478/2019 vom 30.09.2019 E. 3.1).

#### **E. 4.3**

Trotz des Grundsatzes der freien Beweiswürdigung hat die Rechtsprechung für die Würdigung medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien aufgestellt:

##### **E. 4.3.1**

So soll der Richter bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten abweichen, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Eine abweichende Beurteilung kann gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen (BGE 125 V 351 E. 3b/aa).

##### **E. 4.3.2**

Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der

Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 125 V 351 E. 3b/bb). Insbesondere lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und dem Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung un- erkannt oder ungewürdigt geblieben sind (BGer 8C\_549/2019 vom 26.11.2019 E. 3.2).

#### **E. 4.3.3**

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee; 122 V

Seite 7 von 26

157 E. 1c). Bei den Ausführungen von RAD-Ärzten ohne eigene Untersuchung (Art. 59 Abs. 2 f. IVG und Art. 49 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) handelt es sich hingegen lediglich um Empfehlungen zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht (BGer 9C\_405/2015 vom 18.01.2016 E. 5.1). In diesen würdigen RAD-Ärztinnen und -Ärzte die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht, ohne dass sie selber medizinische Befunde erheben. Solche RAD-Berichte vermögen sich einzig dazu zu äussern, ob der einen oder anderen ärztlichen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen ist (BGer 9C\_839/2015 vom 02.05.2016 E. 3.3).

#### **E. 4.3.4**

Im Übrigen ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt grundsätzlich nicht nur für Hausärzte (vergleiche BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), sondern auch für spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen (BGer 8C\_234/2021 vom 12.08.2021 E. 5.2 in fine mit Hinweisen). 5.

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt (gemäss Aktendossier der Beschwerdegegnerin eingereicht mit der Beschwerdeantwort [nachfolgend: BG-act.]). 5.1 Dr. med. C.\_\_\_\_, stellte im Austrittsbericht vom 27. März 2020 der Klinik X.\_\_\_\_ (3. Hospitalisation: 20. - 27.03.2020) die Diagnosen psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode (F11.2) und Kokain (F14.2): Abhängigkeitssyndrom. Die Patientin sei zur Entzugsbehandlung bei Abhängigkeit unter anderem von Opioiden (Heroin, Sevre-Long) und Kokain eingetreten. Während des Verlaufs sei eine Reduktion von Sevre-Long von 260mg auf 180mg pro Tag gelungen. Während einer Beurlaubung am 27. März 2020 sei es im ambulanten Umfeld zu einem Rückfall mit Konsum von Heroin und Kokain gekommen, weshalb der Austritt erfolgt sei (BG-act. 54 S. 88 ff.). 5.2 Dr.

D.\_\_\_\_, stellte im Austrittsbericht vom 4. September 2020 Klinik Y.\_\_\_\_ (Behandlung von 21.04. - 11.08.2020) folgende Diagnosen: • F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide. • F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom. Gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung. • F10.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom. Gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung. • F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom. Gegenwärtig abstinent, aber in beschützender Umgebung. • F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode. • F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung. Genannt werden überdies folgende Vordiagnosen:

Seite 8 von 26

• F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. • Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung. Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit abhängigen Anteilen. • N39.0 Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet. Die Patientin habe als prioritäres Ziel für den erneuten Aufenthalt in der stationären Entwöhnungsbehandlung die Erreichung einer dauerhaften Abstinenz, die Aufarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse sowie die Verbesserung der depressiven Symptomatik genannt. Aufgrund der schweren Suchtsymptomatik, der depressiven und posttraumatischen Symptomatik sei eine stationäre Entwöhnungstherapie dringend indiziert. Im Bericht wird weiter festgehalten, in Bezug auf die Abhängigkeitserkrankung sei es der Patientin gelungen, neue funktionale Bewältigungsstrategien im Umgang mit unangenehmen Gefühlen und Craving zu erlernen, welche sie im Rahmen der erfolgten Belastungserprobungen habe anwenden können. Durch den vorzeitigen Austritt habe sie insgesamt jedoch noch nicht ausreichend von der Therapie profitieren können. Sie habe die Therapie auf eigenen Wunsch vorzeitig beendet, da ihr Partner (mit dem sie in die Klinik eingetreten sei) die Behandlung seitens der Klinik habe abbrechen müssen (BG-act. 45). 5.3 Dr. E.\_\_\_\_, RAD-Ärztin, nahm am 22. Oktober 2022 Stellung zur Frage, ob mit den eingereichten Unterlagen Änderungen seit der letzten Verfügung (vom 20.03.2018) glaubhaft gemacht seien. Sie hielt rückblickend fest, gemäss der versicherungsmedizinischen psychiatrischen Beurteilung vom 25. Januar 2018 von Dr. med. F.\_\_\_\_, RAD Zentralschweiz, Luzern, habe damals eine Polytoxikomanie mit diversen Suchtmitteln vorgelegen. Die attestierten Persönlichkeitszüge seien als nachvollziehbar bezeichnet, die depressive Symptomatik als Anpassungsstörung gewertet worden. Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung seien aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht erfüllt gewesen (vergleiche hierzu BG-act. 19, 22, 25, 27 und 30). Zum obgenannten Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ hielt Dr. E.\_\_\_\_ fest, der Eintritt sei freiwillig zusammen mit dem Partner zur Entwöhnungstherapie erfolgt, wobei die Abhängigkeitserkrankung im Vordergrund gestanden habe. Da die Versicherte – aufgrund des Austritts ihres Partners – vorzeitig aus der Klinik ausgetreten sei, habe kein differenzierter Austrittsbefund erhoben werden können. Im Vergleich zur versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 25. Januar 2018 ergäben sich keinerlei Hinweise auf eine Änderung der Diagnosen oder funktionellen Einschränkungen (BG-act. 48). 5.4 Dr. med. G.\_\_\_\_, Spital Z.\_\_\_\_ nannte im Arztbericht vom 11. November 2020 folgende Diagnosen: • 2 epileptische Anfälle am 03.11.2020 o möglicherweise provoziert durch Kokain-Konsum o EEG vom 11.11.2020: keine epilepsieverdächtigen Potenziale o Schädel-MRI vom 03.11.2020: unauffällig • intakte Schwangerschaft

• bekannte Suchtproblematik • bekannte Depression In der Beurteilung hielt er fest, normalerweise würde man bei dieser Konstellation (unauffälliges EEG und unauffälliges MRI) und der Möglichkeit, dass die Anfälle vom 3. November 2020 durch Kokain-Konsum provoziert gewesen seien, keine Anfallsprophylaxe einleiten. Hier müsse man allerdings berücksichtigen, dass bei einem erneuten Anfall auch das ungeborene Kind Schaden nehmen könnte (z.B. durch eine Hypoxie der Mutter). Vor diesem Hintergrund habe er der Patientin empfohlen, eine Anfallsprophylaxe weiterzuführen, um eine hohe Sicherheitsmarge zu haben (BG-act. 54 S. 3 f.). 5.5 Der Hausarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, bei dem die Beschwerdeführerin seit August 2020 circa alle zwei Monate in Behandlung ist, attestierte im Bericht vom 16. September 2021 eine 100-prozentige Arbeitsunfähigkeit von 1. April bis 15. Oktober 2021. Er nannte die Diagnosen F11.2, F33.1, F43.1, F90.0 und Z73 (Anmerkung durch Schreibende: Diese Ziffern entsprechen gemäss ICD-10 den Diagnosen Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom; rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode; Posttraumatische Belastungsstörung; einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung; Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung). Da die Arbeitsunfähigkeit psychiatrisch-psychologisch begründet sei, müsse er bezüglich der Befunde auf Frau I.\_\_\_\_ verweisen, welche in absehbarer Zeit nicht mit einer Veränderung der Arbeitsfähigkeit rechne. Sowohl die bisherige als auch eine leidensangepasste Tätigkeit bezeichnet der Arzt als "gar nicht" zumutbar. Er sehe aktuell keine Option zur Eingliederung, wobei hier psychiatrisch-psychologische und soziale Faktoren im Wege stünden (BG-act. 62). 5.6 Gemäss Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 9. November 2021 besteht eine langjährige Polytoxikomanie, zuletzt sei eine stationäre Entwöhnungstherapie gescheitert. Inzwischen werde vom Hausarzt eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Dieser habe neben der Polytoxikomanie diverse Komorbiditäten beschrieben. Ob diese Diagnosen aus versicherungsmedizinischer Sicht ausgewiesen seien und welche Auswirkungen sich hierdurch auf die Arbeitsfähigkeit ergäben, sei unklar. Sie empfehle aktuell, den Bericht der Therapeutin abzuwarten und eine Haushaltsabklärung durchzuführen. Anschliessend sei eine medizinische Abklärung zur Standortbestimmung und der Frage der weiteren Prognosen einschliesslich Indikatorenprüfung empfohlen (BG-act. 67). 5.7 Lic. phil. I.\_\_\_\_ hielt im Therapiebericht vom 30. November 2021 fest, die Patientin sei seit 6. April 2021 bei ihr in Behandlung, wobei sie Gesprächstherapie (Sitzungsdauer: 1 - 1 ½ Std.) und bisher hauptsächlich Hypnosetherapie (Sitzungsdauer 2 - 3 Std.) in Anspruch genommen habe. Aufgrund der Migräneanfälle der Patientin hätten immer wieder Termine abgesagt werden müssen; von der Therapiefrequenz/Kapazität her könnten die Sitzungen häufiger als einmal pro Monat stattfinden. Mittels aufdeckender Hypnosetherapie könnten in den meisten Fällen in wenigen Sitzungen grosse Erfolge

erzielt werden. Bei der Versicherten seien jedoch häufigere Sitzungen und mehr Zeit nötig. Sie nutze die Therapie, könne jedoch erst in kleinen Schritten davon profitieren (deutliche Verringerung psychischer und physischer Beschwerden) (BG-act. 69). 5.8 Die Beschwerdeführerin wurde am 2. und 4. Mai 2022 von Dr. med. J.\_\_\_\_ psychiatrisch untersucht. Dieser stellte im Gutachten vom 23. August 2022 (BG-act. 85) die psychiatrische Diagnose Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD-10: F19) mit/bei: schädlichem Gebrauch von Alkohol,

Opiat-Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtiger Teil- nahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm, Kokain-Abhängigkeitssyndrom, stän- digem Substanzgebrauch. Unter dem Titel somatische Diagnosen nennt er anamnestisch ein Restless- Legs-Syndrom sowie einen Status nach zweimaligem epileptischem Anfall im neurologisch postulierten kausalen Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose (BG-act. 85 S. 50). Nebst der seit Jahren ausgewiesenen, unbestrittenen Abhängigkeitserkrankung seien auch andere psychische Störungen di- agnostiziert worden, die aus Sicht des RAD nicht ausreichend sicher ausgewiesen seien. Dabei sei wie- derholt das Vorliegen der folgenden vier psychiatrischen Störungen attestiert worden: rezidivierende depressive Störung, kombinierte Persönlichkeitsstörung, ADHS und posttraumatische Belastungsstö- rung. Das Problem sei die stark erschwerte Beurteilbarkeit der psychischen Funktionen, insbesondere psychopathologischer Phänomene bei gleichzeitig aktiver Sucht (BG-act. 85 S. 35 f.). 5.8.1 Zur Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung hielt der Gutachter fest, deren diagnos- tischen Kriterien seien nicht erfüllt und könnten auch retrospektiv nicht nachvollzogen werden. Die Explorandin habe zu keinem Zeitpunkt, auch aktuell nicht, ein intrinsisches Interesse an einer antide- pressiven Behandlung gezeigt. Zur Zeit der Konsultationen für das Gutachten hätten schon lange keine antidepressive Medikation und auch keine antidepressiven Therapien mehr bestanden. Dennoch habe keine eigentliche depressive Symptomatik vorgelegen. Es sei zu keinem Zeitpunkt adäquat eine Unter- scheidung vorgenommen worden bzw. möglich gewesen, affektive Auswirkungen der Sucht, der ver- suchten Abstinenz (inklusive Entzugsentscheidungen) von einer allenfalls eigenständigen depressiven Störung abzugrenzen. Die diagnostischen Kriterien hätten jedoch eine solche Abgrenzung notwendig gemacht. Hierzu sei auf das gleichlautende Kriterium G3 der allgemeinen Kriterien sowohl einer rezidi- vierenden depressiven Störung als auch einer depressiven Episode verwiesen, welches laute wie folgt: "Die Episode ist nicht auf einen Missbrauch psychotroper Substanzen (F1) oder auf eine organische psychische Störung im Sinne des Abschnitts F0 zurückzuführen." Sowohl die stets inkonsequente Be- handlung allfälliger depressiver Symptome als auch die Ablehnung einer antidepressiven Medikation durch die Explorandin sprächen jedoch dafür, dass die affektive Symptomatik einer solchen „Episode“ eben doch Folge der psychotropen Einwirkung gewesen sei. Dafür spreche auch jener Bericht (gemeint ist wohl der Austrittsbericht der Klinik X. \_\_\_ vom 28. Oktober 2016; BG-act. 19 S. 6 - 9), bei dem sich

Seite 11 von 26

ohne spezifische antidepressive Interventionen schon alleine durch die inkonsequente Abstinenz, also eine gewisse Reduktion der Substanzeinnahme, die affektive Symptomatik vollständig zurückgebildet habe. Auch für die therapeutische Seite habe offensichtlich kein Anlass bestanden, eine spezifische antidepressive Therapie zu veranlassen (BG-act. 85 S. 45 und 56). 5.8.2 Obwohl es aus psychiatrischer Sicht sehr nahe liege, einen ungünstigen Verlauf der Suchterkran- kung, vor allem den scheinbar aus dem Nichts entstandenen Beginn der Störung, mit einer Persönlich- keitsstörung zu erklären, sei eine solche grundsätzlich nicht erkennbar. Es liege ganz offensichtlich keine anhaltende replizierbare Auffälligkeit der Persönlichkeit vor, die Auffälligkeiten wechselten so, wie sie bei Suchtpatienten eben oft wechseln würden (BG-act. 85 S. 46). 5.8.3 Die ADHS-Diagnose sei nicht plausibel. Eine ADHS müsse zwingend in der Kindheit beginnen und ihre Symptomatik müsse in dieser Kindheit nachvollzogen werden können, um diagnostiziert werden zu dürfen. Die Angaben, die scheinbar für eine solche Symptomatik in der Kindheit

sprechen würden, seien nicht glaubwürdig. In der biografischen Anamnese fänden sich ebenfalls keine überzeugenden Hinweise für eine ADHS in der Kindheit, sodass das voraussetzende Grundkriterium dieser Störung nicht erfüllt sei. Die konsequente Nichteinnahme des Medikaments Methylphenidat in den vergangenen Monaten belege, dass die Explorandin subjektiv keinen Behandlungsbedarf bezüglich der ADHS-Symptomatik empfinde. So hat die Explorandin gemäss der forensisch-toxikologischen Haaranalyse – anders als gegenüber dem Gutachter angegeben – die Einnahme von Methylphenidat nicht ausnahmsweise am Tag der ersten Untersuchung für das Gutachten ausgelassen, sondern dieses seit mindestens April 2021 nicht mehr eingenommen (BG-act. 85 S. 47, 48, 53 und 82).

5.8.4 Zur vordiagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; ICD-10: F43.1) hielt der Gutachter fest, eine solche könne sich entwickeln, nachdem eine Person einem extrem bedrohlichen oder schrecklichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen ausgesetzt gewesen sei. Die Explorandin habe diesbezüglich zwei Situationen geltend gemacht: Einerseits eine unmittelbare Gewalterfahrung während einer Autofahrt, während der ihr Freund sie mit der Faust ins Gesicht geschlagen habe; andererseits eine Situation, in der er sie durch die Wohnung gejagt und ihr Gewalt antun wollen/angetan habe. Beides sei ohne Zweifel schockierend und geeignet, Angst und Schrecken auszulösen. Beides sei in einer Beziehungssituation zweifelsohne auch ein Vertrauensbruch und daher emotional genug bedeutend, um in Träumen verarbeitet zu werden. Den Eingangskriterien einer aussergewöhnlichen Bedrohung entspreche weder das eine noch das andere Ereignis. Der Gutachter nahm auch Stellung zur nicht vordiagnostizierten komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-11: 6B40). Die bezüglich der auslösenden Stressoren geltend gemachten punktuellen Gewalterfahrungen in ihrer früheren Beziehung seien offensichtlich nicht bedrohlich genug gewesen, um die Beziehung zu beenden, obwohl sie in ihrer Situation, dem Alter nach etc. dazu in der Lage gewesen wäre. Für die von der

Seite 12 von 26

Explorandin geltend gemachte Hypervigilanz habe er weder in der eigenen Untersuchung noch in der Dokumentation – abgesehen von den Angaben einer Therapeutin aus der Suchtklinik – Hinweise gefunden. Das Vermeidungsverhalten gegenüber Kontakten zu Männern sei nicht glaubhaft; die Explorandin habe durchgehend eine Beziehung zu Männern geführt. Alpträume kämen nicht nur bei posttraumatischen Störungen vor. Bei der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung seien sie nicht einmal ein obligates Kernsymptom. Entscheidend sei der Nachweis der Kriterien 1 bis 3 (schwere und anhaltende Probleme der Affektregulation; Überzeugungen über sich selbst als vermindert, besiegt oder wertlos, begleitet von Scham-, Schuld- oder Versagensgefühlen im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis; Schwierigkeiten, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen). Die Kriterien 1 und 2 liessen sich (ansatzweise) nachvollziehen (als Folge des Drogenkonsums). Ein Zusammenhang mit den beiden Gewalterfahrungen bestehe hingegen in keiner Weise. Insgesamt liegen gemäss Gutachter weder Hinweise für eine klassische posttraumatische Belastungsstörung noch für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung gemäss ICD-11 vor (zum Ganzen BG-act. 85 S. 53ff).

5.8.5 Im bisherigen Verlauf gebe es keinen wirklichen Hinweis dafür, dass die Explorandin ernsthaft an einer längeren, kausal wirksamen Suchtbehandlung interessiert sei. Der Austritt wegen vorzeitiger Entlassung des Freundes spreche massiv dagegen, ebenso, für welche Form der Therapie sie sich aktuell entschieden habe. Die ihr

bereits ab 2016 angebotenen therapeutischen Optionen stünden ihr nach wie vor zur Verfügung und seien auch zu empfehlen, weil sie erfolgsversprechend seien. Die bisherigen Misserfolge seien ohne Zweifel Ausdruck des Schweregrades der Suchtstörung, was bei der Wahl der Therapieziele zu berücksichtigen sei. Im Hinblick auf die Suchterkrankung müsse nicht reine Abstinenz das (primäre) Ziel sein. Voraussetzung sei aber eine ausreichende Motivation, sich in eine solche Behandlung zu begeben und dort lange genug behandeln zu lassen. Dies sei der Explorandin möglich und zumutbar, insbesondere, weil sich keine psychiatrisch grundsätzlich komplexe Situation zeige. Es lägen keine relevanten psychiatrischen Komorbiditäten vor, die einer solchen Behandlung oder der Bereitschaft, sich in diese zu begeben, im Wege stehen würden (BG-act. 85 S. 58).

5.8.6 Die medizinische Prognose hänge vor allem von der Entwicklung der Suchterkrankung und der Motivation der Explorandin ab. Die Opiatabhängigkeit sollte auch mittel- bis langfristig durch Substitution behandelt werden. Die Überwindung der Instabilität der Sucht müsse durch Überwindung des Konsums der anderen Substanzen – insbesondere des Kokains, für das kein Substitut existiere – herbeigeführt werden. Dies sei medizinisch-psychiatrisch gesehen ohne Weiteres möglich, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass sich an der motivationalen Ausgangslage grundsätzlich etwas ändere. Während es im stationären Rahmen durchaus Versuche gegeben habe, eine adäquate konsequente Behandlung zu installieren, lasse sich dies für den ambulanten Rahmen zu keinem Zeitpunkt

Seite 13 von 26

nachvollziehen. Notwendig sei die Behandlungsaufnahme in einer klassischen Suchtinstitution mit dem primären Ziel der Erarbeitung, Förderung und Aufrechterhaltung einer intrinsischen Therapiemotivation bezüglich der Sucht und psychosozialer Umstände. Unter diesen Umständen sei mittelfristig, nach erneuter Entzugs- und stationärer Entwöhnungstherapie, unter veränderten motivationalen Ausgangsbedingungen mit einer vorsichtig günstigen Prognose zu rechnen. Trotz des schwierigen Verlaufes deswegen vorsichtig prognostisch günstig, weil keine relevanten psychiatrischen Komorbiditäten dem im Wege stünden (BG-act. 85 S. 58 f.).

5.8.7 Aufgrund der Suchterkrankung sei keine stabile Leistungserbringung möglich. Aus psychiatrischer Sicht sei die Leistungsfähigkeit allerdings ausschliesslich durch den Konsum von Kokain (und wie-derkehrend gleichzeitig Alkohol) gemindert. Bei ausreichender Abstinenz wäre die Leistungsfähigkeit auch bei Fortsetzung der Substitutionstherapie in ihrem Beruf sowie in allen anderen in Frage kommenden Tätigkeiten soweit aktuell beurteilbar nicht beeinträchtigt (die massive Dominanz der Suchterkrankung verhindere die Demaskierung allenfalls milderer Beeinträchtigungen seitens anderer Phänomene). Ohne die Suchterkrankung bzw. bei stabilisierter Suchterkrankung – gegenwärtige Substitutionstherapie ohne Beikonsum anderer Drogen inklusive Alkohol – wäre die angestammte Tätigkeit theoretisch zu 100 Prozent möglich und in Vollzeit zumutbar (BG-act. 85 S. 63 f.).

5.8.8 Ferner ist gemäss Gutachter bei Erreichen einer anhaltenden Abstinenz gegenüber anderen Betäubungsmitteln (inklusive Alkohol) ausser den ärztlich verordneten Substituten die Prognose für eine Stabilisierung der Suchterkrankung bzw. der psychischen Funktionen gut. In diesem Fall wäre mit einer Normalisierung des psychosozialen Funktionsniveaus und einer Wiederherstellung der vollen Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin zu rechnen. Derartige Massnahmen seien der Explorandin zumutbar und für ihre psychische sowie körperliche Gesundheit, aber auch ihre soziale Situation inklusive der Fähigkeit der Betreuung ihres Kindes günstig. Gegen ein

solches Vorgehen und die erwähnten Therapieziele sprechende Risiken oder medizinische Gründe gebe es nicht. Es müsse mit einer dauerhaften oder zumindest längerfristigen Substitutionsbehandlung gerechnet werden. Diese sei prinzipiell mit der vollen Arbeitsfähigkeit vereinbar (BG-act. 85 S. 67 f.). 5.9 Gestützt auf das Gutachten vom 23. August 2022 nannte RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2022 folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Störung durch multiplen Substanzgebrauch, F19; Opiatabhängigkeit, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzprogramm; Kokainabhängigkeit, ständiger Substanzgebrauch; schädlicher Gebrauch von Alkohol. Die Versicherte sei gemäss Gutachten aktuell nicht arbeitsfähig, da sie zu einer regelmässigen, gleichmässigen Arbeit im ersten Arbeitsmarkt wegen der Suchterkrankung nicht in der Lage sei. Die Arbeitsfähigkeit könne durch eine suchtspezifische Behandlung relevant verbessert werden. Aktuell sei die Motivation hierfür nicht ausreichend vorhanden. Dies sollte im Rahmen einer

Seite 14 von 26

suchttherapeutischen Behandlung erarbeitet werden, danach stationäre Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung. Das Gutachten beruhe auf einer vollständigen Untersuchung, berücksichtige die Beschwerden der versicherten Person, leite die Diagnosen her, setze sich ausführlich mit den Vorbefunden auseinander und begründe sehr ausführlich, warum die gestellten Vordiagnosen nicht nachvollzogen werden könnten. Die Schlussfolgerungen seien plausibel und nachvollziehbar (BG-act. 86). 5.10 Im Bericht vom 15. Dezember 2022 machte lic. phil. I.\_\_\_\_ geltend, es gehe in diesem speziellen Fall hauptsächlich darum, aufzuzeigen, dass eindeutig eine Suchterkrankung vorliege, bei der es sich um ein krankheitswertiges Geschehen handle, was bedeute, dass der Patientin klar eine IV-Rente zustehe. Unter Berücksichtigung des Gesamtbildes stehe eindeutig fest, dass die Arbeitsfähigkeit seit längerem stark beeinträchtigt sei und voraussichtlich sein werde. Im Verlauf der psychotherapeutischen Begleitung sei in einzelnen, kleinen Bereichen eine leichte Verbesserung festzustellen. Durch das seit Jahren bestehende Abhängigkeitssyndrom mit seinen (Spät-) Folgen auf körperlicher, kognitiver, emotionaler und auch sozialer Ebene dominiere jedoch klar die Gefahr einer weiteren Chronifizierung. Nicht zuletzt der belastende IV-Prozess und der momentane Bescheid der Ablehnung einer IV-Rente würden den allgemeinen Zustand der Patientin logischerweise und ganz offensichtlich verschlechtern. Prognostisch könne aus ihrer Sicht keinesfalls von einer "günstigen" Ausgangslage gesprochen werden. Die Arbeitsfähigkeit sei nach wie vor stark eingeschränkt. Die psychischen Defizite und körperliche Instabilität liessen es im Moment nicht zu, dass sie einer geregelten Arbeit nachgehe (BG-act. 105). 5.11 Gemäss RAD-Stellungnahme vom 10. Januar 2023 von Dr. E.\_\_\_\_ ergeben sich aus dem Schreiben der Therapeutin keine neuen medizinischen Gesichtspunkte. Der Gutachter habe korrekt die Diagnose eines multiplen Substanzgebrauchs (F19) gestellt und eine Komorbidität mit einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose mit ausführlicher Begründung verneint. Gemäss aktueller Rechtsprechung sei eine Indikatorenprüfung durchgeführt worden. Der Versicherten würden medizinisch-therapeutische Massnahmen empfohlen. Dauerhafte Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit würden sich nicht ableiten lassen. An der bisherigen Einschätzung könne festgehalten werden (BG-act. 106). 6.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. Februar 2023 fest, sie bestreite nicht, dass die Beschwerdeführerin aktuell nicht in der Lage sei, einer Arbeit nachzugehen. Die Arbeitsunfähigkeit sei durch das Abhängigkeitsverhalten

begründet. Ein Gesundheitsschaden mit dauerhafter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Da kein IV-relevanter Gesundheitsschaden bestehe, werde das Leistungsgesuch abgewiesen.

#### **E. 7**

Die Beschwerdeführerin macht mit Beschwerde vom 8. März 2023 geltend, sie sei nach der ablehnen- den Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. März 2018 wieder in ihren angestammten Beruf als

Seite 15 von 26

Detailhandelsfachfrau zurückgekehrt und habe in zwei Teilzeitpensen 100 Prozent gearbeitet, bis sie im Februar 2020 wieder voll arbeitsunfähig geworden sei. Sie habe zwei stationäre Entzugsbehandlungen gemacht (Klinik X. und Klinik Y.). Ihre Psychotherapeutin habe die Arbeitsunfähigkeit mit den psychischen Defiziten (Ängste, depressive Symptomatik, reduzierte emotionale und kognitive Belastbarkeit) sowie der körperlichen Instabilität (Migräne, Suchtdruck, Antriebslosigkeit) begründet, welche sie nicht überwinden könne. In Bezug auf das strukturierte Beweisverfahren hält die Beschwerdeführerin fest, der Gutachter habe zwar die Konsistenz und Plausibilität der geltend gemachten psychiatrischen Einschränkungen geprüft, aber keine Stellung zum behandlungs- und eingliederungsanmessen Leiden genommen. Dies obwohl er eine therapieresistente, schwergradige Polytoxikomanie mit alltäglichen und vor allem auch beruflichen Funktionseinschränkungen ausdrücklich bestätige und auf Seite 66 aufgrund der Suchterkrankung eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiere. Ebenso wenig untersuche er, ob sie eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen aufzeige. Eine Diskussion der Standardindikatoren in der Kategorie des funktionellen Schweregrades (Gesundheitsschädigung, Persönlichkeit, sozialer Kontext) fehle im Gutachten ebenfalls weitgehend, obwohl ab Seite 60 zahlreiche schwere Störungen aufgrund des Abhängigkeitssyndroms aufgeführt worden seien. Seinen Auftrag habe der Gutachter vielmehr einzig darin verstanden, relevante psychiatrische Komorbiditäten abzuklären bzw. auszuschliessen (S. 50 ff. des Gutachtens). Sodann bringt die Beschwerdeführerin vor, die Schlussfolgerung des Gutachters, wonach "reine Suchterkrankungen, die nicht symptomatische Folge einer anderen psychischen Störung sind, aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit im Sinne des IVG sind", sei aus rechtlicher Sicht nicht (mehr) haltbar. Der Antrag auf Abweisung von IV-Leistungen sei im Feststellungsblatt vom 27. September 2022 nur mit der Bemerkung "reines Suchtverhalten" begründet worden. Diese Begründung habe die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung übernommen, was angesichts der (neuen) Rechtsprechung des Bundesgerichts keine rechtsgenügende Begründung für die Abweisung des Leistungsbegehrens darstelle. Zusammenfassend hält sie fest, sie sei aufgrund der therapieresistenten, schwergradigen Polytoxikomanie auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt seit Anfang Februar 2022 (recte wohl: 2020) arbeitsunfähig. Ihre Arbeitsfähigkeit werde auch durch diverse Folgeerkrankungen beeinträchtigt. Im Rahmen der ambulanten und stationären Behandlungen seien übereinstimmend psychische und Verhaltensstörungen, eine rezidivierende depressive Störung, eine posttraumatische Belastungsstörung, eine Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung diagnostiziert worden. Unabhängig von der Frage, welche Diagnosen letztendlich für ihre Arbeitsunfähigkeit verantwortlich seien, habe sie nach Ablauf des Wartejahrs per 1. Februar 2021 Anspruch auf die Ausrichtung einer

ganzen Invalidenrente. Es sei doch an sich unbestritten, dass sie im ersten Arbeitsmarkt nicht eingliederungsfähig sei, wie die Beschwerdegegnerin auch in der

Seite 16 von 26

angefochtenen Verfügung einräume. Somit habe ihre Suchterkrankung eindeutig Krankheitswert und sei invalidisierend im Rechtssinne.

### **E. 8**

In ihrer Eingabe vom 4. Mai 2023 räumt die Beschwerdegegnerin ein, dass das Feststellungsblatt der IV-Stelle und das Gutachten J. \_\_\_ mit Blick auf die geänderte Suchtrechtsprechung teilweise ungünstige Formulierungen enthalten würden. Auf das Gutachten könne dennoch abgestellt werden, weil daraus hervorgehe, dass - die Versicherte unter langjähriger Sucht leide, ohne dass sie besonderen psychosozialen Belastungsfaktoren ausgesetzt sei; - sie insbesondere an keiner Persönlichkeitsstörung leide; - eine kontinuierliche Behandlung stattfinde; - die Versicherte mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung und einer mehrjährigen Berufsausbildung (recte wohl: Berufserfahrung) über sehr gute Ressourcen verfüge; - keine anderen psychiatrischen Diagnosen vorlägen (keine Komorbidität) und keine Gesundheitsstörungen erkennbar seien, die – ausserhalb des Suchtgeschehens – Auswirkungen auf ihr funktionelles Leistungsvermögen hätten; - die Versicherte unter ihrer Sucht nicht zu leiden scheine und nicht erkennbar sei, ob respektive inwiefern sie an ihrer Situation etwas ändern wolle (GA S. 25) und - bei der Versicherten privat kein deutlicher Rückzug festzustellen sei (siehe Tagesablauf) und ihr die angestammte Tätigkeit ohne die Suchterkrankung bzw. sogar bei stabilisierter Suchterkrankung zu 100 Prozent möglich und zumutbar wäre (GA S. 64). Ergänzend verweist die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahme des RAD vom 25. April 2023 (zur Frage, ob sich der Gutachter bei seiner Beurteilung an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt habe). In dieser machte Dr. E. \_\_\_ gestützt auf das Gutachten Angaben zu den Punkten Gesundheitsschädigung, funktioneller Schweregrad, Ausprägung der Befunde, Behandlung/Eingliederungserfolg/Ressourcen, Persönlichkeit, Konsistenz, Komorbidität, Leidensdruck und Ressourcen. Für die übrigen Punkte verwies sie auf das Gutachten. Unter dem Titel "Zitat Gesamteinschätzung" hielt sie fest, aus versicherungspsychiatrischer Sicht liege unter Berücksichtigung der spezifischen Bedeutung der Suchterkrankung im Kontext des IVG keine leistungsrelevante psychische Störung vor.

### **E. 9**

Mit Replik vom 16. Juni 2023 reichte die Beschwerdeführerin dem Gericht die ergänzende Stellungnahme der behandelnden Psychologin lic. phil. I. \_\_\_ vom 13. Juni 2023 ein, in welcher diese "erneut die vollständige Arbeitsunfähigkeit" der Versicherten bestätigte. Aufgrund der rund zweijährigen,

Seite 17 von 26

intensiven therapeutischen Begleitung komme sie zum Schluss, dass eine psychiatrische Erkrankung mit massivem Leidensdruck aufgrund von psychischen und körperlich-medizinischen Faktoren vorliege, was sie somit zu einer IV-Berentung berechtige. Sie nennt insbesondere eine Polytoxikomanie und erfasste Komorbiditäten (diagnostiziertes ADHS; ängstlich-vermeidende, abhängige Persönlichkeit, diagnostizierte

Angststörung; diagnostizierte rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode [F33.1]). Weiter führt sie aus, der irreversible Gesundheitsschaden führe zur voll- ständigen Arbeitsunfähigkeit und wirke sich auf alle Lebensbereiche aus (Chronifizierung). Die Berufs- ausbildung und -erfahrung könnten eben gerade nicht als Ressourcen genutzt werden. Die Patientin nehme seit vielen Jahren motiviert und überaus pflichtbewusst ambulante sowie stationäre Therapie- angebote in Anspruch (regelmässige Therapiesitzungen bei ihr sowie enge medizinische und medika- mentöse Begleitung durch Hausärztin). Sie habe sich durch die soziale Unterstützung nicht "gut einge- richtet", sondern benötige die Hilfe von Angehörigen, um ihre Situation überhaupt zu meistern. Ein sozialer Rückzug sei eindeutig feststellbar. Ein Freundeskreis sei noch minimal vorhanden, jedoch eher hinderlich für eine gute Entwicklung, weil noch aus dem alten und schwierigen Milieu stammend. Unter Bezugnahme auf diese Stellungnahme legt die Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe dar, weshalb sie nicht "nur" an einem Abhängigkeitssyndrom leide. Die Behauptungen, dass sie nicht unter ihrer Sucht leiden soll und an ihrer Situation nichts ändern wolle, seien völlig aus der Luft gegriffen. Die Beschwerdegegnerin räume doch selber ein, dass eine kontinuierliche (psychotherapeutische und hausärztliche) Behandlung stattfinde. Deshalb sei nicht nachvollziehbar, weshalb die RAD-Ärztin, deren medizinische Fachrichtung nicht genannt werde, in ihrer Stellungnahme die Erarbeitung einer sucht- spezifischen Therapiemotivation vorschlage. Sodann könne sie ihre abgeschlossene Berufsausbildung und mehrjährige Berufserfahrung aufgrund der schweren psychiatrischen Erkrankung eben gerade nicht mehr auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt umsetzen. Schliesslich bleibe auch die Behauptung, es sei privat kein deutlicher Rückzug festzustellen, unbewiesen. Aus rechtlicher Sicht sei es unhaltbar, mit einem angeblich fehlenden sozialen Rückzug eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit zu begründen, zumal die RAD-Ärztin am 25. April 2023 ihrerseits bestätigt habe, dass die Aufmerksamkeit und emo- tionale Funktion der Beschwerdeführerin schwer beeinträchtigt seien und auch eine leichte bis mittel- gradige Störung im Denken vorliege. Falls das Gericht der Beurteilung der behandelnden Psychothera- peutin nicht folgen könne, beantrage sie die Einholung einer Gerichtsexpertise bei einer weiblichen Fachärztin, weil der Untersuch durch einen Mann für sie (Beschwerdeführerin) zu belastend sei.

## **E. 10**

Mit Duplik vom 11. September 2023 hält die Beschwerdegegnerin fest, eine Berentung der jungen Versicherten, die ausschliesslich an einem schädlichen Substanzgebrauch mit aktuell unbestrittener Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit leide, würde faktisch eine Berentung auf Lebzeiten bedeuten.

Seite 18 von 26

Denn eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti- gen, würde sich kaum mehr erwarten und erst recht beweisen lassen. Für sie sei vorliegend massge- bend, dass die stabilisierte Suchterkrankung nicht adäquat behandelt sei, obwohl der Versicherten eine solche Behandlung durchaus zumutbar wäre (Art. 7 und 7a IVG). Zum Bericht der Beratungsstelle ZZ.\_\_\_\_ hielt die Beschwerdegegnerin fest, die unterzeichnende lic. phil. I.\_\_\_\_ sei Psychotherapeutin (nicht ausgebildete Ärztin) und es gehöre weder zu ihrem Aufgabengebiet, sich "aus psychiatrischer Sicht" zur Arbeitsfähigkeit, noch sich zu Rechtsfragen (Berentung durch die IV) zu äussern.

## E. 11

Am 9. Oktober 2023 reichte die Beschwerdegegnerin dem Gericht ihre Anfrage vom 25. Juli 2023 und die Stellungnahme von Dr. med. J. \_\_\_ vom 20. September 2023 ein, in welcher sich der Psychiater zur Stellungnahme der Psychologin vom 13. Juni 2023 äusserte. Er hielt unter anderem fest, die erwähnten Störungen lägen nicht vor. Die Psychotherapeutin gehe (fälschlicherweise) davon aus, dass sie vorliegen würden, was nicht das gleiche sei. Es sei ihm unklar, wie die psychologische Psychotherapeutin zu der bidisziplinären Beurteilung gekommen sei ("aus psychologisch-psychiatrischer Sicht"). Dem Dokument könne nicht entnommen werden, wer für die ausgewiesene psychiatrische Sicht zeichne. Darüber hinaus sei die Chronifizierungstendenz der Suchterkrankung als Folge bisher bei Weitem nicht ausgeschöpfter therapeutischer Optionen grundsätzlich nicht in Frage gestellt worden. Dass die Resource Berufsausbildung und -erfahrung gegenwärtig nicht genutzt werden könnten, bedeute nicht, dass diese nicht mehr vorhanden sei und bei einer Verbesserung des Zustandes infolge der empfohlenen Therapien abgerufen werden könne. Er stelle nicht in Frage, dass die Explorandin zu den Therapiesitzungen der Psychotherapeutin erscheine. Er habe im Gutachten ausgeführt, dass während dieser Termine keine Therapie lege artis stattfinde. Die Empfehlung, im Rahmen der Therapie eine "suchtspezifische Therapiemotivation zu erarbeiten" sei auf jeden Fall sinnvoll. Bisher habe eine solche motivationsorientierte Therapie leider nie stattgefunden. Zur Inanspruchnahme von Hilfe der Angehörigen schreibt der Gutachter, die Psychotherapeutin beschreibe hier ein Phänomen, das fachlich als Krankheitsgewinn (hier sekundär) benannt werde und als zentraler Wirkfaktor bei der Errichtung derart stabiler Krankheitssysteme wie in diesem Fall wirke. Bezüglich den genannten sozialen Rückzug verweise er auf die Angaben der Explorandin zu sozialer Vernetzung und Interaktionsfähigkeit sowie spätere Ausführungen über die Auswirkungen der Suchterkrankung auf die Lebensführung. Er habe im Gutachten auf der einen Seite festgehalten, die bisherigen Misserfolge (in der Suchttherapie) seien ohne Zweifel Ausdruck des Schweregrades der Suchtstörung, was bei der Wahl der Therapieziele berücksichtigt werden müsse. Auf der anderen Seite habe er explizit ausgeführt, dass insgesamt bisher keine konsequente Suchttherapie durchgeführt worden sei; insbesondere keine, deren integraler Bestandteil die Herstellung einer (intrinsischen nicht vorhandenen) Therapiemotivation gewesen wäre. Ein strukturiertes Beweisverfahren habe stattgefunden und es sei deutlich dargelegt worden, dass ein

Seite 19 von 26

definitives Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Versicherten durchgeführten Therapie zu verneinen sei. Die Fragestellung, ob die Versicherte gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen zeige, sei sehr ausführlich diskutiert worden in der funktionsorientierten Beurteilung IFAP ab Seite 59. Weitere Stellungnahmen hierzu fänden sich bei der Diskussion des Mini-ICD-APP (Beurteilung der familiären bzw. intimen Beziehungen oder der Spontanaktivitäten) sowie bei der Begründung der Diagnose ("Betroffen ist nicht nur das Arbeitsleben [...] Auch die nicht berufliche Lebensentwicklung weist kaum altersentsprechende Aktivitäten auf"). Ferner sei der funktionelle Schweregrad der Suchterkrankung ausführlich diskutiert und beurteilt worden. Der Frage nach relevanten psychiatrischen Komorbiditäten sei selbstverständlich eine entsprechend hohe Bedeutung beigemessen worden; dies aber nicht zulasten anderer Aspekte. Die Frage der primären

oder sekundären Natur eines Suchtgeschehens sei aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht hochgradig bedeutend, da aus ihr einerseits die Erklärung für den bisherigen Therapieverlauf abgeleitet werden könne und sie andererseits für jede prognostische Einschätzung und Empfehlung von Bedeutung sei. Er sei dann zur Einschätzung gekommen, dass es sich nicht um die symptomatische Folge einer anderen psychiatrischen Störung handle, welche zwecks Prognoseverbesserung behandelt werden müsste. Dies wiederum habe zur Beurteilung geführt, dass sich nur die Sucht bzw. ihre Folgen leistungsmindernd auswirken würden. Die Explorandin habe Gewalterfahrungen im Erwachsenenalter, nicht aber in der Kindheit/Jugend geltend gemacht. In der Wiedergabe der Lebensentwicklung würden auch indirekt keine ausserordentlichen, traumatisierenden Erfahrungen, namentlich auch keine emotionale Vernachlässigung berichtet. Es werde einzig (im Bericht vom 30.06.2017) ein Verdacht geäußert, die unter depressiven Episoden leidende Mutter sei nicht in der Lage gewesen, sich um ihr Kind zu kümmern. Die gleichen Personen hätten aber angegeben, die "Vernachlässigung in der Kindheit" sei bearbeitet worden, weil "die Situation" eine Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Trauma (Gewalterfahrungen) verunmöglicht habe. Dies sei keine fachlich nachvollziehbare Auseinandersetzung oder Indiziensammlung für eine posttraumatische Belastungsstörung.

## **E. 12**

Lic. phil. I. \_\_\_ hielt in ihrer (von der Beschwerdeführerin am 04.12.2023 eingereichten) Stellungnahme vom 28. November 2023 fest, da die Fakten bereits recht ausführlich darliegen würden und ihre fachliche Beurteilung klar für das Recht der Patientin auf eine IV-Rente feststehe, ergänze sie lediglich die von Dr. med. J. \_\_\_ aufgeworfenen Aspekte. Die Behandlung von Suchterkrankungen sei ein im Vergleich sehr komplexer und individueller Prozess, weshalb eine breite Palette an Therapiemethoden und Unterstützungsformen unerlässlich sei. Gleichzeitig sei logischerweise die Motivation, der Wille und die daraus resultierende Verbindlichkeit der Patientin gegenüber der Institution, der Therapeutin sowie der Therapiemethoden eine Grundvoraussetzung, um eine engmaschige und kontinuierliche Behandlung zu gewährleisten. All dies sei im vorliegenden Fall erfüllt. Die Beschwerdeführerin nutze in

Seite 20 von 26

der therapeutischen und beraterischen Begleitung folgende Optionen: Gesprächstherapie; ursachenorientierte Hypnosetherapie; kognitive Verhaltenstherapie. Weiter profitiere sie von ihrem Fachwissen in der Erziehungsberatung, sie erhalte zeitnah Informationen zu Unterstützungsangeboten und psychosoziale Hilfe durch Fachkräfte der Sozialen Arbeit bei ZZ. \_\_\_. Die Adäquatheit der Suchtbehandlung könne nicht allein anhand äusserlicher Anzeichen oder kurzfristiger Erfolge beurteilt werden. Sie würden sich dafür einsetzen, die individuellen Bedürfnisse und Fortschritte ihrer Patientin zu berücksichtigen und die Behandlung entsprechend anpassen. Leider habe im Fall der Beschwerdeführerin trotz langjähriger, professioneller Therapie aufgrund des funktionellen Schweregrades des Abhängigkeitssyndroms und der dadurch entstandenen Schäden keine qualitative oder quantitative Verbesserung erreicht werden können. Inzwischen sei bekannt, dass der viel zitierte vermeintliche "sekundäre Krankheitsgewinn" oft von den äusserst negativen Auswirkungen und stigmatisierenden Folgen einer Suchterkrankung überlagert werde und deshalb insgesamt sehr selten zum Tragen komme. Dies sei aus ihrer Sicht auch bei der Beschwerdeführerin der Fall.

### **E. 13**

Dr. med. B.\_\_\_\_, hielt in ihrer (von der Beschwerdeführerin am 08.05.2024 eingereichten) Stellungnahme vom 20. April 2024 (entgegen der gutachterlichen Einschätzung durch Dr. med. J.\_\_\_\_) fest, die "richtige Diagnose gemäss ICD 10" laute: psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachten Ersatzdrogenprogramm (F11.22). Die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage, die Abstinenz einzuhalten, weil es sich um eine (gemäss Dr. J.\_\_\_\_) fulminante Suchterkrankung handle. Trotzdem habe er die Abhängigkeit als schädlichen Gebrauch definiert. Obwohl die Versicherte das Trauma durch die Vergewaltigung mit 9 Jahren dem Gutachter gegenüber angegeben habe, sei dieser nicht darauf eingegangen. Aus psychiatrischer Sicht müsse man von schweren Traumatisierungen ausgehen, die ein 12-jähriges Kind aus geordneten psychosozialen Verhältnissen in die Sucht geführt hätten. Im Gutachten seien keine geeigneten medizinischen Massnahmen zur Überwindung der Sucht genannt worden. Die Bearbeitung des Traumas stehe im Vordergrund der Behandlung. Das Trauma zu bewältigen sei jedoch aufgrund der Chronifizierung und der eingetretenen psychischen Folgeschäden nicht mehr möglich, was das Erreichen einer Abstinenz höchst unwahrscheinlich mache. Aus ihrer Sicht seien die medizinischen Massnahmen der Behandlung der Suchterkrankung ausgeschöpft. Die aus ihrer Sicht bestehenden Folgeschäden des multiplen Substanzkonsums seien im Gutachten nicht diskutiert worden, wobei eine stark eingeschränkte psychische Belastbarkeit bestätigt worden sei. Die in der Testdiagnostik festgestellten Einbussen in Konzentration und Leistung seien als "nicht glaubwürdig" oder "andere Diagnose" definiert worden, da Testergebnisse nicht hätten zugeordnet werden können. Eine neuropsychologische Untersuchung sei durch den Gutachter nicht veranlasst worden, weil es an "anderen schwerwiegenden organischen Folgeschäden" gefehlt habe. Die Schäden müssten jedoch nicht schwerwiegend sei, um die

Seite 21 von 26

Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen. Um eine neuropsychologische Untersuchung durchführen zu können, sei eine Abstinenz vorausgesetzt, was aufgrund der weit fortgeschrittenen Suchterkrankung bei der Beschwerdeführerin nicht mehr zu erreichen sei. Um die kognitiven Fähigkeiten beurteilen zu können, sei eine neuropsychologische Untersuchung dringend erforderlich. Der Konsum ab dem 12. Lebensjahr habe mit Sicherheit seine Folgen hinterlassen, da zu diesem Zeitpunkt keine ausreichende Entwicklung des Gehirns und der kognitiven Funktionen stattgefunden habe. Aus dem unauffälligen MRI von 2020 könne nicht geschlossen werden, dass keine kognitiven Einschränkungen vorlägen. Anlässlich der zwei Konsultationen habe sie zwei unterschiedliche klinische Zustandsbilder erlebt, sodass eine objektive Beurteilung nicht möglich gewesen sei. Abschliessend hielt die Psychiaterin fest, der Gesundheitszustand sei insgesamt nicht begreiflich beurteilt worden und die Diagnosestellung entspreche nicht dem objektiven Zustand der Versicherten.

### **E. 14**

Die Beschwerdegegnerin hat das Leistungsbegehren gestützt auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 23. August 2022 abgewiesen. Dieser hat sich bei der Begutachtung auf seine eigene Untersuchung inklusive Anamneseerhebung, eine laborchemische Untersuchung und ein forensisch toxikologisches Gutachten sowie auf die zur Verfügung gestellten medizinischen Akten gestützt. Im Gutachten äussert er sich zu den

beklagten Beschwerden und beurteilt die funktionellen Auswirkungen der gestellten Diagnosen in nachvollziehbarer Weise, womit es die normativen Vorgaben erfüllt und grundsätzlich beweiskräftig ist (vergleiche E. 4.3.2 hievov). Demgegenüber bewegt sich die Psychotherapeutin nicht nur mit ihren Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit (welche sie als "nach wie vor stark eingeschränkt" bezeichnete, E. 5.10) ausserhalb ihres Aufgabengebiets (E. 4.2), sondern auch (erst recht), indem sie die Rechtsfrage des Rentenanspruchs beantwortet ("zu einer IV-Berentung berechtigt", E 9). Dies weckt gewisse Zweifel an ihrer Objektivität (vergleiche auch BGER 8C\_487/2020 vom 03.11.2020 E. 6.1), zumal rechtsprechungsgemäss ohnehin der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte (und andere Fachpersonen) im Zweifelsfall eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (E. 4.3.4).

## **E. 15**

Ausgangspunkt der Anspruchsprüfung nach Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 6 ff. und insbesondere Art. 7 Abs. 2 ATSG ist die medizinische Befundlage. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann immer nur dann – potenziell – anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer Gesundheitsbeeinträchtigung ist, die fachärztlich einwandfrei diagnostiziert worden ist (BGE 145 V 215 E. 5.1).

### **E. 15.1**

Der Gutachter stellte aus psychiatrischer Sicht einzig die Diagnose Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (ICD-10: F19). Er begründete ausführlich und nachvollziehbar, weshalb die von den behandelnden Arztpersonen gestellten Diagnosen

Seite 22 von 26

rezidivierende depressive Störung, Persönlichkeitsstörung, ADHS, (komplexe) posttraumatische Belastungsstörung aus seiner Sicht nicht ausgewiesen sind (siehe E. 5.8 - 5.8.4).

### **E. 15.2**

Die anderslautenden Einschätzungen in den Berichten der Klinik X.\_\_\_\_ (vom 27.03.2020, E. 5.1), der Klinik Y.\_\_\_\_ (vom 04.09.2020, E. 5.2), des Spital Z.\_\_\_\_ (vom 11.11.2020, E. 5.4), von Dr. med. H.\_\_\_\_ (vom 16.09.2021, E. 5.5) und Dr. med. B.\_\_\_\_ (vom 20.04.2024, E. 13) vermögen hieran keine objektiven Zweifel zu erwecken. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (BGER 8C\_154/2022 vom 19.05.2022 E. 4.2).

### **E. 15.3**

Zu den von Dr. med. B.\_\_\_\_ in der Stellungnahme vom 20. April 2024 vorgebrachten Argumenten ist Folgendes festzuhalten. Bezüglich der Traumatisierung in der Kindheit hielt der Gutachter in seiner Stellungnahme vom 20. September 2023 fest, eine solche habe die Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. (Dem Bericht vom 30.06.2017 lasse sich diesbezüglich entnehmen, dass aufgrund der "Situation" eine Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Trauma [Gewalterfahrungen] nicht möglich gewesen sei, sodass man sich einem angeblichen Trauma in der Kindheit zugewandt habe, dem man wohl keine

Beachtung geschenkt hätte, wenn die Beschwerdeführerin keinen Kontakt zum gewalttätigen Partner mehr hätte; siehe hierzu auch E. 11) Im Weiteren hat der Gutachter allfällige Folgeschäden des Substanzkonsums durchaus diskutiert. Anders als die Psychiaterin kam er jedoch zum Schluss, dass solche nicht vorliegen beziehungsweise aufgrund der massiven Dominanz der Suchterkrankung nicht eruiert werden können (E. 5.8.7). Soweit die Ärztin dem Gutachter vorwirft, auf die dringend erforderliche neuropsychologische Abklärung verzichtet zu haben, ist ihr entgegenzuhalten, dass die für eine solche Untersuchung vorausgesetzte Abstinenz gemäss ihren eigenen Ausführungen bei der Beschwerdeführerin nicht mehr erreicht werden kann. Unabhängig davon, ob dies möglich wäre, konnte eine neuropsychologische Abklärung aufgrund der im Zeitpunkt des Gutachtens fehlenden Abstinenz nicht durchgeführt werden. Auch aus dem Argument, dass ein unauffälliges MRI das Vorliegen kognitiver Einschränkungen nicht ausschliesst, kann die Beschwerdeführerin nichts für sich ableiten, da sich damit das Vorliegen kognitiver Einschränkungen erst recht nicht beweisen lässt. Dass der Betäubungsmittelkonsum seit dem 12. Lebensjahr die Entwicklung des Gehirns und der kognitiven Funktionen negativ beeinflusst haben könnte, wird nicht in Abrede gestellt. Indessen lassen sich diese allfälligen Folgen nach dem Gesagten nicht nachweisen. So hat denn auch die Psychiaterin festgehalten, eine objektive Beurteilung sei nicht möglich gewesen. Wenn sie bei dieser Ausgangslage zum Schluss kommt, die Diagnosestellung entspreche nicht dem objektiven Zustand der Versicherten, mag dies vielleicht

Seite 23 von 26

zutreffen. Indessen konnten nebst der Sucht keine anderen psychischen Störungen identifiziert werden (GA S. 64; siehe auch E. 5.8.7).

#### **E. 15.4**

Soweit eine objektive Beurteilung nicht möglich ist, ist von einer Beweislosigkeit auszugehen, welche sich zulasten der leistungsansprechenden Beschwerdeführerin auswirkt (BGE 138 V 218 E. 6; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, N 128 zu Art. 61). Zusammengefasst ergeben sich aus den erwähnten Berichten keine bei der Begutachtung unerkannten oder ungewürdigten Aspekte (siehe E. 4.3.2), weshalb auf die durch den Gutachter gestellte Diagnose abgestellt werden kann.

#### **E. 16**

Die Beschwerdeführerin bringt zutreffend vor, dass nach neuerer bundesgerichtlicher Rechtsprechung (BGE 145 V 215) auch Abhängigkeitssyndrome grundsätzlich invalidisierend sein können und einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Der Gutachter kam nach seiner Prüfung der Indikatoren zum Schluss, dass aufgrund der Suchterkrankung eine berufliche Tätigkeit nicht möglich ist, die Beschwerdeführerin jedoch über ausreichende Ressourcen für eine Behandlung verfügt, von der er die Wiederherstellung der psychischen Leistungsfähigkeit erwartet. Von einer Arbeitsunfähigkeit kann denn auch nicht ohne Weiteres auf eine Invalidität geschlossen werden, da die Invalidität nicht der Arbeitsunfähigkeit entspricht, sondern der voraussichtlich bleibenden oder längere Zeit dauernden Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Von einer Erwerbsunfähigkeit ist sodann erst dann auszugehen, wenn nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung eine Arbeitsunfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verbleibt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; siehe E. 4.1.3). Besteht ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauerhaftigkeit des

Gesundheitsscha- dens in Frage gestellt (BGer 8C\_518/2021 vom 16.12.2021 E. 2.2). Vorliegend sind die therapeutischen Möglichkeiten, deren Ausschöpfung sowie die Erfolgsaussichten umstritten.

### **E. 17**

Die Schadenminderungspflicht (Art. 7 IVG) – wonach die versicherte Person, bevor sie Leistungen ver- langt, aus eigenem Antrieb (BGer 8C\_11/2018 vom 05.07.2018 E. 5.3) das ihr Zumutbare selber vorzu- kehren hat, um die Folgen ihres invalidisierenden Gesundheitszustandes soweit wie möglich zu mil- dern (BGE 113 V 22 E. 4; Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Aufl., Zürich 2022, Art. 4 N 65) – kommt auch bei Vorliegen eines Abhängigkeitssyndroms zur Anwendung (BGE 145 V 215 E. 5.3.1).

### **E. 17.1**

Im Rahmen der Selbsteingliederung hat die versicherte Person die aus fachärztlicher Sicht indi- zierten und zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig auszuschöpfen (Art. 7 Abs. 2 lit. d IVG). Als in aller Regel zumutbare Form allgemeiner Schadenminderung gilt gemäss Rechtsprechung die fortgesetzte Krankheitsbehandlung, die insbesondere auch die dauernde Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente umfasst. Welche

Seite 24 von 26

konkreten Behandlungsmöglichkeiten indiziert und zumutbar sind, bestimmt der Facharzt oder die Fachärztin. Solange aus fachärztlicher Sicht nicht oder nicht ausreichend genutzte zumutbare (ambu- lante oder stationäre) Behandlungsmöglichkeiten weiterhin indiziert sind, genügt es aus objektivem Blickwinkel nicht, dass die versicherte Person sämtliche Therapievorschlüsse des Hausarztes oder der übrigen behandelnden Ärzte in kooperativer Weise umgesetzt hat (BGer 8C\_741/2018 vom 22.05.2019 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen).

### **E. 17.2**

Vorliegend hat die Beschwerdeführerin die Therapiemöglichkeiten nicht ausgeschöpft. Gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_ wurde bisher keine adäquate konsequente Suchtbehandlung durchgeführt (E. 5.8.5, 5.8.6 und 11). Die stationären Behandlungen, in deren Rahmen eine solche in Angriff genommen wurde, wurden frühzeitig beendet. Während die Beschwerdeführerin aufgrund eines Rückfalls aus der Klinik X.\_\_\_\_ austreten musste (siehe E. 5.1), hat sie die Therapie in der Klinik Y.\_\_\_\_ (April - August 2020) auf eigenen Wunsch vorzeitig abgebrochen (siehe E. 5.2).

### **E. 17.3**

Der Beschwerdeführerin ist es schon vor dem frühzeitigen Therapieabbruch in der Klinik Y.\_\_\_\_ gelungen, neue Bewältigungsstrategien zu erlernen, was auf die Möglichkeit einer weiteren Verbesse- rung hindeutet. Es ist nämlich, nachdem sie gemäss Austrittsbericht bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausreichend von der Therapie profitieren konnte (siehe E. 5.2), davon auszugehen, dass bei einer Fort- führung des Klinikaufenthalts mit weiteren Verbesserungen gerechnet wurde. Der aktuelle Zustand stellt denn auch gemäss Gutachten keinen abschliessenden Gesundheitszustand dar, sondern erfor- dert eine Behandlung, von der Dr. med. J.\_\_\_\_ die Wiederherstellung eines Grossteils der psychischen Leistungsfähigkeit auch im beruflichen Kontext erwartet. Insbesondere wird gemäss Gutachter die Leistungsfähigkeit ausschliesslich durch den Konsum von Kokain und

Alkohol eingeschränkt, dessen Überwindung aus seiner medizinisch-psychiatrischen Sicht möglich ist (siehe E. 5.8.5 - 5.8.8).

#### **E. 17.4**

Soweit die Beschwerdeführerin demgegenüber mit Verweis auf die Ausführungen der behandelnden Therapeutin geltend macht, aufgrund des funktionellen Schweregrades des Abhängigkeits-syndroms und der dadurch entstandenen Schäden sei trotz adäquater Behandlung keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit möglich (siehe E. 12 hievore), ist festzuhalten, dass die Psychologin lediglich eine bisherige Verbesserung verneint hat ("keine [...] Verbesserung erreicht werden konnte"). Hinzu kommt, dass die zumutbare und indizierte Behandlung durch die Fachärzte zu bestimmen ist und bisher eben keine konsequent durchgeführte adäquate Therapie stattfand.

#### **E. 17.5**

Hieran vermag auch die anderslautende Einschätzung durch Dr. med. B. \_\_\_ nichts zu ändern. Soweit sie die medizinischen Massnahmen zur Behandlung der Suchterkrankung als ausgeschöpft erachtet, stellt sie dem Gutachten lediglich ihre eigene (abweichende) Meinung entgegen. Dies genügt nicht, um das Gutachten in Zweifel zu ziehen. Es ergeben sich auch keine wichtigen objektiven Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vergleiche E. 4.3.2).

Seite 25 von 26

#### **E. 17.6**

Weil von weiteren Beweisvorkehren keine neuen entscheidungswesentlichen Aufschlüsse zu erwarten sind, kann auf solche verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5).

#### **E. 18**

Sowohl für einen Anspruch auf berufliche Massnahmen als auch auf eine Rente ist eine (drohende) Invalidität vorausgesetzt (Art. 8 Abs. 1 und Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Da nach oben Gesagtem die Eigenanstrengungen der Beschwerdeführerin zur Selbsteingliederung bisher nicht genügend waren und die medizinischen Akten auf noch offenstehende (erfolgsversprechende) therapeutische Möglichkeiten schliessen lassen, kann nicht von einem nach bzw. trotz zumutbarer Behandlung verbleibenden Verlust der Erwerbsmöglichkeiten ausgegangen werden (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Mangels langandauernder Erwerbsunfähigkeit liegt keine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 ATSG vor. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde ist abzuweisen. Es bleibt anzumerken, dass die Beschwerdegegnerin anlässlich der Instruktionsverhandlung vom 15. Dezember 2023 in Aussicht gestellt hat, die Beschwerdeführerin nach Abschluss der therapeutischen Behandlung mit beruflichen Massnahmen zu unterstützen.

#### **E. 19.1**

Die Gerichtsgebühr (inklusive Schreibgebühren; Art. 32 Abs. 2 VRPV, Art. 25 Abs. 1 Reglement über die Gebühren und Entschädigungen vor Gerichtsbehörden [Gerichtsgebührenreglement, GGEBR, RB 2.3232]) ist auf CHF 900.00 festzusetzen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Sie ist zuzüglich Barauslagen (pau-schal; Art. 25 Abs. 2 GGEBR) der Beschwerdeführerin aufzuerlegen (Art. 61 ATSG i.V.m. Art. 34 Abs. 1 lit. b VRPV).

#### **E. 19.2**

Eine Parteientschädigung ist nicht zuzusprechen. Der obsiegenden Beschwerdegegnerin steht keine Parteientschädigung zu (Art. 61 lit. g ATSG e contrario; Ueli Kieser, a.a.O., Art. 61 Rz. 218).

Seite 26 von 26

Das Obergericht erkennt: 1. Die Verwaltungsgerichtsbeschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten, bestehend aus

CHF 900.00 Gerichtsgebühr

CHF 30.00 Barauslagen (pauschal)

CHF 930.00 Total,

werden der Beschwerdeführerin auferlegt. 3. Eine Parteientschädigung wird nicht zugesprochen. 4. Eröffnung:

- Beschwerdeführerin
- Beschwerdegegnerin
- Bundesamt für Sozialversicherungen

Altdorf, 24. Mai 2024 OBERGERICHT DES KANTONS URI Verwaltungsrechtliche Abteilung Die Präsidentin Die Gerichtsschreiberin

Rechtsmittelbelehrung Gegen diesen Entscheid kann Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten erhoben werden. Die Beschwerde ist innert 30 Tagen nach der Eröffnung der vollständigen Ausfertigung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in der in Art. 42 Bundesgesetz über das Bundesgericht (Bundesgerichtsgesetz [BGG, SR 173.110]) vorgeschriebenen Weise schriftlich einzureichen. Die Beschwerdelegitimation und die zulässigen Beschwerdegründe richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des BGG. Versand:

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