



Fall-Nr.: IV 2011/254
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 16.08.2019
Entscheiddatum: 12.07.2013

Entscheid Versicherungsgericht, 12.07.2013

**Art. 28 Abs. 2 IVG, Art. 43 ATSG. Rentenanspruch.
Medikamentenabhängigkeit. Auf Grund der vom Gutachten abweichenden
RAD-Meinung sind weitere Abklärungen vorzunehmen (Entscheid des
Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 12. Juli 2013, IV
2011/254).**

Vizepräsidentin Marie-Theres Rüegg Haltinner, Versicherungsrichterinnen Marie Löhner
und Lisbeth Mattle Frei; Gerichtsschreiberin Jeannine Bodmer

Entscheid vom 12. Juli 2013

in Sachen

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,

Beschwerdegegnerin,

betreffend

Rente

Sachverhalt:



A.

A.a A.____ meldete sich am 21. Mai 2010 zum Bezug von Invalidenleistungen an (act. G 4.1.1, 4.1.6). Gemäss dem Telefongespräch zwischen der RAD-Ärztin Dr. med. C.____ und dem Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.____, vom 28. Mai 2010 lag bei der Versicherten ein Zustand nach subakutem Leberversagen und eine Depression vor. Die Versicherte sei am 8. August 2008 zu 100% arbeitsunfähig geschrieben worden. Nachdem sich ihre Leberfunktion vorübergehend verbessert habe, sei ihr für eine körperlich leichte Tätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Die Realisierbarkeit der bescheinigten Arbeitsfähigkeit sei aber nicht gegeben; es habe auch in den Arbeitsprogrammen des Arbeitsamtes Schwierigkeiten gegeben (act. G 4.1.17-1).

A.b Im Bericht vom 24. August 2010 diagnostizierte Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Episode seit Mai 2007 (eventuell auch seit 2003), eine Leberinsuffizienz bei Hepatopathie unklarer Ätiologie (akut von Juli 2008 bis etwa Oktober 2008). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein Verdacht auf übermässigen Gebrauch von Benzodiazepinen. Die Versicherte sei im Juni 2007 wegen Depression mit insbesondere Schlafstörungen in seine ambulante Behandlung überwiesen worden. Diese habe sie aber bald abgebrochen und sich Rezepte gegen Schlafstörungen schicken lassen. Seit Oktober 2008 bestehe eine regelmässige ambulante Behandlung (delegierte Psychotherapie und Psychopharmakotherapie) in seiner Praxis. Es bestünden Antriebslosigkeit, Unruhe, Schlafstörungen und weitere Symptome einer Depression, wie z.B. Perspektivlosigkeit und fehlende Motivation. Die Versicherte sei als Hilfsarbeiterin seit Anfang August 2008 zu 100% arbeitsunfähig. Mit Hilfe von Massnahmen zur beruflichen Eingliederung könne aber möglicherweise eine Arbeitsfähigkeit von 50% erreicht werden (act. G 4.1.25-6).

A.c In zwei Berichten von 17. September 2010 hielt Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, fest, der EEG-Befund sei soweit regelrecht, ohne Herdbefund und ohne Nachweis von epileptischen Potentialen. Er gehe letztendlich von einem provozierten epileptischen Anfall aus, bei bekannter Hepatopathie, aber auch raschem Benzodiazepinentzug. Weiter gehe er davon aus, dass bei der Versicherten auch eine



St.Galler Gerichte

äthyltoxisch induzierte Enzephalopathie vorliege. Hierfür spreche, dass sie auf Benzodiazepinentzug schnell mit einem epileptischen Anfall reagiere (act. G 4.1.36).

A.d Mit Schreiben vom 26. Oktober 2010 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, es seien auf Grund ihres Gesundheitszustands zurzeit keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich (act. G 4.1.33).

A.e Am 23. November 2010 wurde die Versicherte polydisziplinär im ABI (Ärztliches Begutachtungsinstitut GmbH), Basel, untersucht (act. G 4.1.30). Im Gutachten vom 13. Januar 2011 kamen die Experten zum Schluss, dass bei der Versicherten in der angestammten sowie in anderen leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% bestehe. Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0), einen Status nach Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2), eine Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.2), einen asymmetrischen diskreten Haltetremor unklarer Ätiologie (ICD-10 G25.9), ein Mikroadenom der Hypophyse (MRI-Verdachtsdiagnose; ICD-10 D35.2V), einen Verdacht auf eine leichte sensible Polyneuropathie (toxisch, ICD-10 G62.1), einen Status nach subakutem Leberversagen bei Hepatopathie unklarer Ätiologie 08/2008 (ICD10 K72.0Z) und mit Verdacht auf äthyltoxische Genese und aktuell normalen Leberenzymen, Übergewicht mit BMI von 29kg/m² (ICD-10 E66.9), Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) und einen Status nach Nephrolithiasis (ICD-10 N20.0Z) fest (act. G 4.1.35).

A.f Gemäss dem Untersuchungsbericht des Spitals F.____ vom 3. Januar 2011 erlitt die Versicherte am 2. Januar 2011 ein Supinationstrauma des linken OSG. Es ergaben sich aber keine Hinweise auf ossäre Läsionen (act. G 4.1.34).

A.g RAD-Ärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in der Stellungnahme vom 5. April 2011 fest, dass das ABI-Gutachten die Versicherte aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht konsensuell und widerspruchsfrei beurteilt habe. Die psychiatrischen Ausführungen seien jedoch etwas knapp gehalten. Unter der beschriebenen Benzodiazepinabhängigkeit lasse sich derzeit nicht mit ausreichender Sicherheit ein IV-relevanter psychischer Gesundheitsschaden diagnostizieren. Es sei aber vorstellbar, dass nach erfolgreichem



St.Galler Gerichte

Benzodiazepin-Entzug eine IV-relevante Störung sichtbar werde. Deshalb werde auch unter diesem Aspekt dringend ein Benzodiazepin-Entzug empfohlen (act. G 4.1.38).

A.h Mit Vorbescheid vom 18. April 2011 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, einen Rentenanspruch mangels rentenbegründenden Invaliditätsgrades zu verneinen (act. G 4.1.44).

A.i Dagegen erhob die Versicherte am 13. Mai 2011 Einwand. Sie brachte vor, dass sie die IV-Rente nicht wegen ihrer Alkoholabhängigkeit beantragt habe, sondern wegen ihrer Depressionen. Ihre Leber sei wieder gesund und ihr Alkoholproblem habe sie im Griff. Seit 2008 nehme sie jedoch regelmässig Antidepressiva, Beruhigungs- und Schlafmittel. Dies könnten ihre Ärzte bestätigen (act. G 4.1.45).

A.j RAD-Ärztin Dr. G.____ nahm dazu am 23. Mai 2011 Stellung. Das Suchtverhalten, welches aktuell als Hauptursache für die Einschränkungen angenommen werde, sei die Benzodiazepinabhängigkeit und nicht der Zustand nach Alkoholabusus. Auch der behandelnde Psychiater habe in seinem Bericht vom 24. August 2010 den Verdacht auf übermässigen Gebrauch von Benzodiazepinen bestätigt (act. G 4.1.47).

A.k Am 16. August 2011 verfügte die IV-Stelle entsprechend dem Vorbescheid und lehnte einen Rentenanspruch der Versicherten ab. Die Abklärungen hätten ergeben, dass die Arbeitsunfähigkeit vor allem durch das Abhängigkeitsverhalten begründet sei, weshalb keine Invalidität im Sinne des Gesetzes vorliege (act. G 11.1.12).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde der Versicherten vom 29. August 2011 mit dem sinngemässen Antrag auf deren Aufhebung und Zusprache einer Rente. Zur Begründung führte die Versicherte aus, dass sie seit 2003 immer wieder unter depressiven Verstimmungen leide. Nach Erhalt der Kündigung im Oktober 2007 habe sie angefangen, Alkohol zu konsumieren, habe jedoch im August 2008 eine schwere Lebererkrankung durchgemacht. Nach Besserung der Lebererkrankung hätten sich ihre Depressionen verschlechtert. Sie leide immer noch unter schweren Depressionen, sei immer müde, antriebslos und oft nicht in der Lage, selbständig ihren Haushalt zu erledigen. Ohne Medikamente könne sie nicht



St.Galler Gerichte

schlafen und nicht normal funktionieren. Die Medikamente würden ihr helfen, normal zu funktionieren (act. G 1).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2011 beantragte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeabweisung. Gestützt auf die Bundesgerichtspraxis begründe Alkoholismus wie auch Drogensucht und Medikamentenabhängigkeit für sich allein keine Invalidität. Vielmehr würden diese Süchte invalidenversicherungsrechtlich erst relevant, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hätten, in deren Folge ein Gesundheitsschaden eingetreten sei, oder wenn sie selber Folge eines körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheitsschadens seien, dem Krankheitswert zukomme. Dem Alkoholproblem könne vorliegend keine IV-rechtliche Relevanz zugebilligt werden und der leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) sei kein Krankheitswert beizumessen. Daher würden die psychiatrischen Befunde keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen (act. G 4).

B.c In der Replik vom 6. November 2011 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie fügte hinzu, dass ihr neu Dr. med. H.____ beim Entzug des Medikaments Bromazepamum helfen würde. Dr. H.____ sei der Meinung, dass alle Symptome auf Parkinson hindeuten würden. Einen Termin beim Neuropsychiater müsse sie aber noch vereinbaren. Bevor eine Entscheidung getroffen werde, ersuche sie daher das Gericht, Dr. H.____ zu kontaktieren (act. G 6).

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 11. November 2011 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 8).

Erwägungen:

1.

Zwischen den Parteien ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Rentenleistung streitig.

2.



2.1 Unter Invalidität wird die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit verstanden (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]).

Erwerbsunfähigkeit ist dabei 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).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss kommt



einem Gutachten oder anderen medizinischen Beurteilungen schon dann kein voller Beweiswert zu, wenn Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit sprechen; es muss nicht feststehen, dass die medizinischen Beurteilungen effektiv nicht den Tatsachen entsprechen, was nicht mit medizinischen Fachpersonen besetzte Behörden in der Regel nicht beurteilen können (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilungen des Bundesgerichts] vom 16. Oktober 2002, I 779/01, E. 4.2).

2.4 Das sozialversicherungsrechtliche Verfahren ist vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht, indem Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen haben. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 195 E. 2 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 I 183 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinn einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Fall der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 265 E. 3b mit Hinweisen).

2.5 Nach Art. 43 Abs. 2 ATSG hat sich die versicherte Person ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind. In Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes ist die Verwaltung vor einem Entscheid zunächst aber verpflichtet, diejenigen Sachverhaltsabklärungen zu treffen, die ohne Schwierigkeiten und ohne besonderen Aufwand auch ohne die verlangte Mitwirkung der versicherten Person möglich sind.

3.

3.1 Vorab zu klären ist die Frage, ob die medizinische Aktenlage eine rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt. Die



Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf das ABI-Gutachten vom 13. Januar 2011 (act. G 4.1.35).

3.2 In der gesamtgutachterlichen Würdigung kamen die Experten zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin für angestammte und andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100% bestehe (act. G 4.1.35-16). Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I. ___ ist zu entnehmen, dass die Schwierigkeiten der Beschwerdeführerin im Jahr 2003 begonnen hätten, als sie mit ihrer Familie umgezogen sei. Schon im Vorfeld habe der Umzug die Beschwerdeführerin belastet, sie sei antidepressiv und mit einem Benzodiazepin behandelt worden. Am neuen Wohnort habe sie sich nie wohl gefühlt und bei der Arbeit sei sie vom Chef immer wieder kritisiert worden. Der Benzodiazepinkonsum habe sich gesteigert, gleichzeitig habe sie auch mehr Alkohol konsumiert. Nach Verlust der Arbeitsstelle infolge Kündigung durch die Arbeitgeberin sei sie arbeitslos gewesen und habe einige Arbeitseinsätze in einem Altersheim und einer Textilwerkstatt gehabt. Dann sei sie an einer schweren Leberentzündung erkrankt. Während der akuten Phase habe sie unter Bewegungsstörungen gelitten, die sich in der Zwischenzeit aber zurückgebildet hätten. Seit der Lebererkrankung 2008 trinke sie keinen Alkohol mehr, nach wie vor nehme sie aber grosse Mengen eines Benzodiazepinpräparates ein. Sie habe Mühe, sich für die Hausarbeit zu motivieren. Nachts leide sie unter Schlafstörungen, die auch damit zusammenhängen, dass sie den Alltag sehr passiv verbringe und sich tagsüber immer wieder hinlege. Sie klage vor allem über Müdigkeit, mangelnden Antrieb und auch eine gewisse Ängstlichkeit. Sie beklage einen gewissen Lebensverleider, verneine jedoch Suizidgedanken. Es handle sich hierbei um eine leichte depressive Episode. Daneben bestehe eine ausgeprägte Benzodiazepinabhängigkeit. Im Sommer 2010 habe die Beschwerdeführerin in den Ferien einen epileptischen Anfall erlitten, als sie zu wenig Lexotanil (ein Benzodiazepin) bei sich gehabt habe. Auch dies sei ein Hinweis dafür, dass die Beschwerdeführerin einen massiven Benzodiazepinkonsum betreibe. Die Klagen über Müdigkeit, Antriebslosigkeit, der Rückzug ins Bett und auch die im Rahmen der Untersuchung festgestellte Verlangsamung und Müdigkeit seien im Zusammenhang mit der massiven Benzodiazepinabhängigkeit zu sehen. Eine mittelgradige oder schwere depressive Störung liege nicht vor. Auch sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Es bestünden keine Hinweise auf irreversible, geistige oder psychische



Schäden nach langjähriger Alkoholabhängigkeit. Der Konsum von Benzodiazepinen führe nicht zu irreversiblen geistigen oder psychischen Schäden. Die depressive Störung sei geringgradig ausgeprägt und schränke die Arbeitsfähigkeit nicht ein. Die geklagten Ängste seien im Rahmen der leichten depressiven Störung, aber auch im Zusammenhang mit dem Konsum der Benzodiazepine zu sehen. Die Beschwerdeführerin nehme derart hohe Mengen von Benzodiazepinen ein, dass der Abfall des Benzodiazepinspiegels im Blut immer wieder leichte Unsicherheit und Ängste hervorrufe. Hinsichtlich der psychiatrischen Einschätzung von Dr. D.____ vom 24. August 2010 hielt Dr. I.____ fest, der behandelnde Arzt habe eine Depression diagnostiziert, die er aber nicht näher ausgeführt habe, und eine Benzodiazepinabhängigkeit erwähnt. Dr. D.____ sehe die Arbeitsfähigkeit einzig durch die depressive Störung beeinträchtigt. Ab August 2010 habe er eine Arbeitsunfähigkeit von 100% attestiert. Dagegen habe er (Dr. I.____) im Gutachten dargelegt, dass die depressive Störung lediglich geringgradig ausgeprägt sei. Demgegenüber bestehe eine ausgeprägte Benzodiazepinabhängigkeit. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einen schweren epileptischen Anfall erlitten habe, spreche dafür, dass es sich um eine massive Abhängigkeitserkrankung handle. Bei der neurologischen Begutachtung durch Dr. med. J.____ vom 23. November 2010 sei ein Verhangensein der Beschwerdeführerin zusammen mit einem "Müde wirken" und langsamen Bewegungsabläufen aufgefallen. Dies könne durch die Benzodiazepineinnahme erklärt werden. Kognitive Defizite seien bei der neurologischen Untersuchung nicht feststellbar, Merkfähigkeit und Aufmerksamkeit hätten sich als ausreichend gut erwiesen. Während der Untersuchung sei nur einmal während des Ansprechens eines belastenden Themas ein Tremor aufgefallen. Es hätten sich keine weiteren Zeichen im Sinne einer extrapyramidalen Bewegungsstörung ergeben. Die Feinbeweglichkeit und grobe Kraft seien erhalten (act. G 4.1.35).

3.3 Nach der Rechtsprechung begründet eine Drogen- bzw. Medikamenten- und Alkoholsucht für sich allein keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Die Suchterkrankung kann jedoch im Rahmen der Invalidenversicherung relevant werden, wenn sie eine Krankheit oder einen Unfall bewirkt hat, in deren Folge ein körperlicher oder geistiger, die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden eingetreten ist, oder wenn sie selber Folge eines geistigen Gesundheitsschadens ist, dem Krankheitswert zukommt (BGE 99 V 28 E. 2; Urteil des Bundesgerichtes vom 13.



April 2007, I 207/2006). Ob die Sucht ursächlich für eine andere Gesundheitsschädigung war oder erst in Folge einer solchen auftrat, ist in einem solchen Fall nicht mehr von Belang. Erforderlich ist lediglich, dass auch ein anderer Gesundheitsschaden vorliegt, der mit der Sucht in Zusammenhang steht. Ist dies erfüllt, so geht es nicht etwa darum, den auf die Sucht entfallenden Anteil der Arbeitsunfähigkeit abzuspalten und als nicht invalidisierend zu bezeichnen. Vielmehr ist bei Bejahung eines solchen Zusammenhangs mit einer anderen Erkrankung auch die Sucht vollumfänglich zu berücksichtigen (Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Juni 2009, IV 2008/307, E. 2.1). Im vorliegenden Fall schätzten die ABI-Gutachter die Benzodiazepinabhängigkeit weder als Folge einer Krankheit noch als ursächlich für einen anderen invalidisierenden Gesundheitsschaden ein. Zwar befand die RAD-Ärztin Dr. G.____ in der Stellungnahme vom 5. April 2011 die gutachterlichen Beurteilungen des ABI grundsätzlich als konsensuell und widerspruchsfrei, wobei die psychiatrischen Ausführungen etwas knapp gehalten seien. Sie hielt fest, der Gutachter könne trotz Benzodiazepinabhängigkeit keine Arbeitsunfähigkeit erkennen. Er sehe die Notwendigkeit des Entzugs offenbar im subjektiven Gewinn für die Versicherte. Allerdings äusserte die RAD-Ärztin auch gewisse Zweifel an der Stimmigkeit des Gutachtens. So lasse sich ihres Erachtens unter der beschriebenen Benzodiazepinabhängigkeit derzeit nicht mit ausreichender Sicherheit ein IV-relevanter psychischer Gesundheitsschaden diagnostizieren, es sei jedoch vorstellbar, dass nach erfolgreichem Benzodiazepin-Entzug eine IV-relevante Störung sichtbar werde. Deshalb empfehle der RAD auch unter diesem Aspekt dringend einen Benzodiazepin-Entzug (act. G 4.1.38). In der Stellungnahme vom 30. September 2011 bestätigte Dr. G.____, dass eine deutlichere psychische Störung durch den hohen Benzodiazepin-Konsum verdeckt sein könne. Primär sei es angezeigt, den übermässigen Benzodiazepin-Konsum zu reduzieren, auch um den kausalen Therapiezugang zu öffnen (z.B. verhaltenstherapeutische Interventionen, adäquate antidepressive Medikation mit Aufdosieren/Switchen). Dies werde jedoch in einem stationären Aufenthalt erfolgen müssen, um Zusammenhänge erkennen und Compliance und Zwischenfälle begleiten zu können (act. G 4.1.52). Dass die RAD-Ärztin dennoch insgesamt auf das ABI-Gutachten abstellen möchte, weil derzeit nicht mit ausreichender Sicherheit ein IV-relevanter psychischer Gesundheitsschaden festgestellt werden könne, überzeugt nicht. Nachdem die RAD-Ärztin nämlich die



Möglichkeit aufzeigte, dass neben dem Benzodiazepinüberkonsum noch eine deutlichere psychische Störung vorhanden sein könnte, kann nicht mit der Beweiskraft der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass den Einschränkungen der Beschwerdeführerin keine IV-relevante Krankheit zu Grunde liegt. Insgesamt ergeben sich somit erhebliche Zweifel an den Schlussfolgerungen des ABI-Gutachtens. Die IV-Stelle wird daher ein neues medizinisches Gutachten einholen müssen. Dieses wird darüber Auskunft zu geben haben, ob bei der Beschwerdeführerin ein psychisches Leiden vorliegt, das die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und das von der Suchtmittelabhängigkeit überlagert ist. Die Wahl der Untersuchungsmethode (Abklärung im ambulanten oder stationären Rahmen) wird Sache der zu beauftragenden Gutachterstelle sein.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde unter Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 16. August 2011 teilweise gutzuheissen. Die Sache ist zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 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 als angemessen. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin von Fr. 600.-- ist ihr zurückzuerstatten.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP entschieden:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 16. August 2011 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung und zu neuer Verfügung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.



2. Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.