



Fall-Nr.: IV 2023/76
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 18.12.2023
Entscheiddatum: 02.11.2023

Entscheid Versicherungsgericht, 02.11.2023

Art. 28 IVG. Art. 16 ATSG. Invalidenrente. Würdigung eines Administrativgutachtens. Sogenannte „low dose“-Benzodiazepinabhängigkeit (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 2. November 2023, IV 2023/76).

Entscheid vom 2. November 2023

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Tanja Petrik- Haltiner; Gerichtsschreiber Tobias Bolt

Geschäftsnr.

IV 2023/76

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt MLaw Michael Walder, Studer Zahner Anwälte AG,
Neugasse 40, Postfach 2020, 9000 St. Gallen,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rente

Sachverhalt

A.

A.a. A.____ meldete sich im März 2015 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie machte keine Angaben zu ihrer beruflichen Ausbildung oder Tätigkeit. Auf eine Rückfrage der IV-Stelle hin gab sie an, sie habe zuletzt als „Aushilfe“ in einem Pensum von 50 Prozent gearbeitet (IV-act. 6). Der Psychiater Dr. med. B.____ berichtete im März 2015 (IV-act. 10), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode und einem somatischen Syndrom. Die Gesundheitsbeeinträchtigung bestehe seit etwa dem Jahr 2008. Aktuell sei die Versicherte vollständig arbeitsunfähig. Im Oktober 2015 teilte Dr. B.____ der IV-Stelle mit, dass der Versicherten eine leidensadaptierte Tätigkeit in einem Pensum von bis zu vier Stunden pro Tag zumutbar sei (IV-act. 17). Im Februar 2016 absolvierte die Versicherte zwei „Schnuppertage“ im Hinblick auf eine Integrationsmassnahme; sie brach den Einsatz an beiden Tagen bereits nach jeweils einer Stunde ab (vgl. IV-act. 34). Mit einer Mitteilung vom 17. Februar 2016 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen mit der Begründung ab, „zurzeit“ seien keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt (IV-act. 36).

A.b. Am 30. November 2016 fand eine Untersuchung der Versicherten durch die Psychiaterin Dr. med. C.____ vom IV-internen regionalen ärztlichen Dienst (RAD) statt. Die RAD-Ärztin Dr. C.____ berichtete am 14. Dezember 2016 (IV-act. 45), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig leicht- bis mittelgradigen Episode sowie an einem Abhängigkeitssyndrom infolge einer jahrelangen Behandlung mit Benzodiazepinen. Sie sei zu 50 Prozent arbeitsfähig, werde bei einer Eingliederung ins Erwerbsleben aber zunächst mit einem tieferen



Pensum einsteigen und dieses dann schrittweise steigern müssen. Im Januar 2017 absolvierte die Versicherte zwei weitere „Schnuppertage“ hinsichtlich einer Integrationsmassnahme; wiederum brach sie den Einsatz an beiden Tagen bereits nach einer Stunde ab (vgl. IV-act. 49). Mit einer Mitteilung vom 24. Juli 2017 wies die IV-Stelle das Begehren um berufliche Eingliederungsmassnahmen mit der Begründung ab, nach der bisherigen Unterstützung und Beratung seien keine weiteren beruflichen Massnahmen angezeigt (IV-act. 86).

A.c. In einem Fragebogen „zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt“ gab die Versicherte im August 2017 an, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung in einem Vollpensum im Verkauf tätig wäre (IV-act. 91). Am 12. September 2017 fand eine Haushaltsabklärung statt (IV-act. 97). Dabei gab die Versicherte an, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung vollzeitig erwerbstätig wäre, obwohl ihre Kinder erst sieben und zwölf Jahre alt seien. Der Sachbearbeiter hielt fest, der Aufwand für die Besorgung des Haushaltes belaufe sich auf acht Stunden pro Tag. Der Versicherten könne deshalb nur eine Erwerbstätigkeit in einem Pensum von 50 Prozent zugemutet werden. Der Lohn des Ehemannes betrage gemäss den Angaben der Versicherten 3'900 Franken pro Monat. Die Versicherte habe eine Einschränkung bei der Haushaltsführung von insgesamt 46,6 Prozent geltend gemacht. Objektiv betrage die Einschränkung aber bloss 17 Prozent.

A.d. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete der Psychiater Prof. Dr. med. D.____ am 30. November 2018 ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 117). Er hielt fest, die Versicherte sei zu allen Qualitäten orientiert gewesen. Gedächtnisstörungen hätten nicht festgestellt werden können. Während der Dauer der etwa zwei Stunden dauernden Exploration habe die Versicherte durchgehend eine uneingeschränkte Konzentration und Aufmerksamkeit gezeigt. Ermüdungserscheinungen seien nicht zu beobachten gewesen. Das Denken sei abgesehen von einem leicht verzögerten Tempo unauffällig gewesen. Die Versicherte sei befriedigend spürbar, die Stimmung gedrückt und die Schwingungsfähigkeit verflacht gewesen. Eine Affektinkontinenz habe nicht bestanden. Der Antrieb sei reduziert, die Psychomotorik verlangsamt gewesen. Diagnostisch sei von einem inzwischen chronifizierten depressiven Zustandsbild auszugehen. Im Vordergrund stehe jedoch eine Benzodiazepinabhängigkeit, die den depressiven Zustand möglicherweise mitverursacht habe und jedenfalls aufrecht



erhalte. Erwiesenermassen würden Benzodiazepine nämlich die Lernfähigkeit – auch im psychodynamischen und psychotherapeutischen Bereich – massiv reduzieren. Eine Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung werde allenfalls zu einer Remission der bisher therapeutisch nicht angehbaren depressiven Symptomatik führen. Eine abschliessende Beurteilung hinsichtlich der Diagnose und der Arbeitsfähigkeit sei nicht möglich, solange die Versicherte weiterhin abhängig von Benzodiazepinen bleibe. Ein Entzug müsse stationär durchgeführt und sehr gut vorbereitet werden. Die RAD-Ärztin Dr. med. E.____ notierte im Dezember 2018 (IV-act. 118), die mittelgradige Ausprägung der depressiven Störung sei angesichts der Befundschilderung des Sachverständigen nur „knapp“ ausgewiesen; es handle sich wohl eher um eine leichtgradige depressive Störung. Die Behauptung, im Vordergrund stehe ein Abhängigkeitssyndrom, sei angesichts der vom behandelnden Psychiater verordneten Dosis von Benzodiazepinen fragwürdig. Die vom Sachverständigen empfohlene Auflage erscheine als „weniger sinnvoll“. Die Versicherte solle angehalten werden, die laufende Therapie in den nächsten Monaten zu intensivieren. Dabei sollte der Benzodiazepinkonsum überprüft und allenfalls behandelt werden. Sie, die RAD-Ärztin, habe dieses Vorgehen bereits mit dem behandelnden Psychiater besprochen.

A.e. Am 13. Februar 2019 forderte die IV-Stelle die Versicherte auf (IV-act. 121), sich in den nächsten Monaten intensiver – stationär oder teilstationär – psychiatrisch behandeln zu lassen. Sie müsse der IV-Stelle bis spätestens am 8. März 2019 angeben, wo sie die stationäre oder teilstationäre Behandlung durchführen und wann sie damit beginnen werde. Andernfalls werde die IV-Stelle in Anwendung des Art. 43 Abs. 3 ATSG „die Erhebungen einstellen und auf Ihr Gesuch nicht eintreten“. Die Versicherte teilte am 5. März 2019 mit, dass sie sich ab dem 23. April 2019 teilstationär im Psychiatriezentrum F.____ behandeln lassen werde (IV-act. 123). Am 6. August 2019 berichtete das Psychiatrie-Zentrum F.____ (IV-act. 133), die Versicherte habe sich vom 23. April 2019 bis zum 6. Juni 2019 in einer tagesklinischen Behandlung befunden. Sie leide an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig mittelgradigen Episode. Zudem liege ein schädlicher Gebrauch von Sedativa vor. Die Vitalitätseinschränkung sowie die hohe Erschöpfbarkeit, die während der Behandlung festgestellt worden seien, seien als depressive Symptome zu qualifizieren. Die laufende „low dose“-Behandlung mit einem Benzodiazepin sei in Anbetracht der starken



Anspannung durchaus indiziert. Aufgrund einer starken Überforderung der Versicherten, am allgemeinen Tagesklinikprogramm teilzunehmen, sei ein Wechsel in ein reduziertes Programm erfolgt. Auch in diesem niederschweligen Bereich habe sich aber schnell eine Überforderung gezeigt, weshalb die Behandlung dann abgeschlossen worden sei. Die IV-Stelle forderte Prof. Dr. D.____ am 13. September 2019 auf, Stellung zu diesem Bericht zu nehmen (IV-act. 136). Am 10. Oktober 2019 antwortete Prof. Dr. D.____ (IV-act. 137), die Behauptung, eine „low dose“-Behandlung mit einem Benzodiazepin sei indiziert, sei weder leitliniengerecht noch von den Zulassungskriterien des Medikamentes gedeckt. Die Dosis sei nicht entscheidend. Schädlich sei vielmehr die regelmässige Einnahme über einen langen Zeitraum. In seinem Gutachten habe er einen stationären Entzug empfohlen. Die RAD-Ärztin Dr. E.____ empfahl am 14. November 2019, die Versicherte zu einem stationären Benzodiazepin-Entzug anzuhalten (IV-act. 138).

A.f. Am 29. Januar 2020 forderte die IV-Stelle die Versicherte auf (IV-act. 139), sich in eine stationäre Entzugsbehandlung zu begeben. Sie drohte ihr an, dass sie andernfalls die Leistungen kürzen oder verweigern werde. Am 8. Mai 2020 teilte Dr. B.____ mit, dass der Eintritt der Versicherten zur stationären Entzugsbehandlung am 13. Mai 2020 erfolgen werde (IV-act. 145). Am 19. Mai 2020 berichtete die Klinik G.____ (IV-act. 149), die Versicherte sei am 13. Mai 2020 zur stationären Behandlung in die Klinik eingetreten. Rasch habe sich gezeigt, dass sie mit dem Patientenklientel der Suchtstation völlig überfordert gewesen sei. Aus ärztlicher Sicht sei die Suchtstation nicht der richtige Ort für die sehr stark verängstigte Versicherte. Eine Verlegung sei nicht möglich gewesen, weshalb die stationäre Behandlung noch gleichentags abgebrochen worden sei. Am 23. Juli 2020 berichtete die Klinik G.____ (IV-act. 155), die Versicherte sei am 18. Mai 2020 zur stationäre Entzugsbehandlung auf der offen geführten Integrationsstation eingetreten. Die stationäre Behandlung habe am 5. Juni 2020 geendet. Die Versicherte habe sensibel auf die Reduktion des Benzodiazepins reagiert, weshalb ein vollständiger Entzug nicht möglich gewesen sei. Auf der Station habe sie sich zuerst äusserst zurückhaltend, unterschwellig misstrauisch und verschlossen gegenüber dem Team und den Therapien gezeigt. Sie habe kaum einen Zugang zu den Therapien gefunden und sich rasch überfordert gezeigt. Sie habe häufig Nackenschmerzen beklagt, was als ein Ausdruck der starken psychomotorischen



Anspannung interpretiert worden sei. Diagnostisch habe eine mittelgradig ausgeprägte depressive Störung vorgelegen. Anamnestisch habe eine psychotische Symptomatik bestanden, weshalb eine schizo-depressive Störung zu erwägen sei. Zudem habe eine starke Angstsymptomatik mit einem chronifizierten Vermeidungsverhalten bestanden. Die Versicherte wolle den Benzodiazepinkonsum im gewohnten ambulanten Rahmen weiter reduzieren. Die Reduktionsschritte seien für sie sehr angstbesetzt. Aus medizinischer Sicht sei nicht davon auszugehen, dass von einer weiteren Reduktion eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten sei. Die RAD-Ärztin Dr. E. ___ notierte am 20. August 2020, die Versicherte habe die Auflage nicht erfüllt, denn sie habe die stationäre Behandlung auf eigenen Wunsch beendet (IV-act. 158).

A.g. Am 4. September 2020 forderte die IV-Stelle die Versicherte erneut auf (IV-act. 160), sich einer stationären Entzugsbehandlung zu unterziehen. Sie drohte ihr an, dass sie andernfalls die Erhebungen einstellen und auf das Gesuch nicht eintreten werde. Am 24. September 2020 wandte Dr. B. ___ ein (IV-act. 164), eine weitere stationäre Entzugsbehandlung sei nicht zumutbar, da die Versicherte dadurch mit hoher Wahrscheinlichkeit Schaden nehmen würde. Die Ängste der Versicherten würden zu einer erneuten Überforderung führen und das depressive Grundleiden verstärken. Am 5. März 2021 notierte die RAD-Ärztin med. pract. H. ___ (IV-act. 167), bei einer Würdigung der Akten falle auf, dass sich ein bis dato nicht wirklich quantifizierter Benzodiazepinmissbrauch durch das gesamte Dossier ziehe. Nach den Angaben der Versicherten seien ihr im Jahr 2012 in ihrem Herkunftsland ein Antipsychotikum, ein Benzodiazepin und ein Antidepressivum verschrieben worden. Als sie sich dann – ebenfalls noch im Jahr 2012 – fremdmotiviert bei Dr. B. ___ vorgestellt habe, habe sie angegeben, dass sie kein Benzodiazepin einnehme. Zunächst habe Dr. B. ___ die Medikation umgestellt. Später habe er der Versicherten wieder ein Benzodiazepin verschrieben. Die wenigen Blutuntersuchungen, die durchgeführt worden seien, deuteten allesamt auf eine „low dose“-Einnahme hin. Nur im Rahmen der Begutachtung seien sehr hohe Messwerte festgestellt worden. Reduktionsversuche seien von der Versicherten nicht toleriert worden. Aus medizinischer Sicht sei eine „low dose“-Abhängigkeit möglich. Ebenfalls möglich sei eine gut verborgene Abhängigkeit bei einer höheren Dosierung. Die Versicherte sei gemäss ihren Angaben noch in der Lage, ein Motorfahrzeug zu lenken, was sich nur mit einer „low dose“-Abhängigkeit



vereinbaren lasse. Bei einer solchen „low dose“-Abhängigkeit schränke das Benzodiazepin aber die Arbeitsfähigkeit nicht ein, sondern steigere sie vielmehr. Falls die Versicherte das Benzodiazepin tatsächlich schon seit zwölf Jahren einnehme, sei ein Absetzen nicht zu empfehlen. Zu beachten sei, dass die Akten zahlreiche Hinweise auf Inkonsistenzen enthielten. Die Angaben der Versicherten zu ihrer Alltagsgestaltung liessen sich nicht mit der geltend gemachten vollständigen Invalidisierung vereinbaren. Die Fähigkeit, ein Motorfahrzeug zu lenken, wie auch die Fähigkeit, als Beifahrerin eine 20 Stunden dauernde Fahrt in die Ferien zu überstehen, seien mit den geklagten Beschwerden nicht vereinbar. Die Versicherte könne ihre Wünsche klar mitteilen und durchsetzen (z.B. vorzeitiger Klinikaustritt), was nicht zur geltend gemachten Gesundheitsbeeinträchtigung passe. Die im Rahmen der Arbeitsversuche gezeigte Unfähigkeit, mehr als eine Stunde durchzuhalten, sei nicht glaubhaft. Selbst der behandelnde Psychiater schliesse einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn nicht aus. Im Jahr 2015 habe Dr. B.____ die Versicherte noch als zu 50 Prozent arbeitsfähig qualifiziert. Das Benzodiazepin könne angeblich nicht abgesetzt werden. Die behandelnden Ärzte übernahmen die subjektiven Klagen der Versicherten ungefiltert. Die geltend gemachten Beschwerden würden auch gut zu den Nebenwirkungen eines Benzodiazepin-Missbrauchs passen. Die kategorische Weigerung der Versicherten, sich stationär behandeln zu lassen, spreche gegen einen Leidensdruck und gegen die Motivation, wieder gesund zu werden. Sämtliche Therapieversuche seien bislang gescheitert. Die Therapeuten beschrieben eine unterschiedlich ausgeprägte Therapieunwilligkeit und eine mangelnde Compliance. Der Sachverständige Prof. Dr. D.____ habe in seinem Gutachten festgehalten, dass die Versicherte gesagt habe: „Reden über Krankheit macht Kopfschmerz“.

A.h. Im Auftrag der IV-Stelle erstattete der Psychiater Dr. med. I.____ am 1. Dezember 2021 ein fachärztliches Gutachten (IV-act. 184). Er hielt fest, die Versicherte habe sich abgrenzungsfähig und durchsetzungsstark präsentiert. Sie habe klare Ansprüche an das Gegenüber gestellt. Nach etwa zwei Stunden habe sie angegeben, ihr sei langweilig; sie würde es bevorzugen, wenn der Sachverständige seine Befragung schnellstmöglich abschliessen könne, da sie keine Lust mehr habe, seine Fragen zu beantworten. Während der gesamten Untersuchung sei die Versicherte durchgehend misstrauisch und in der Interaktion abgegrenzt gewesen. In der Beziehung habe sie



sich durchsetzungsfähig und fordernd gezeigt. Bewusstseinsstörungen oder Einschränkungen der Orientierung hätten nicht bestanden. Bei der orientierenden Prüfung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses habe die Versicherte schwergradige Einschränkungen präsentiert und sich beispielsweise unfähig gezeigt, den Unterschied zwischen einem Fluss und einem See zu benennen. Im Gegensatz dazu sei die Interaktion in der Untersuchung ohne kognitive Einschränkungen möglich gewesen. Hinweise auf formale Denkstörungen, Befürchtungen, Zwänge, einen Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen oder Antriebs- respektive psychomotorische Störungen hätten nicht bestanden. Auf die Frage nach einer Suizidalität habe die Versicherte mit Lachen geantwortet. Die Schwingungsfähigkeit sei nur geringfügig eingeschränkt gewesen. Die Versicherte sei über die gesamte Bandbreite der Emotionen affektiv auslenkbar gewesen. In der Laboruntersuchung habe ein innerhalb der zu erwartenden Konzentration liegender Spiegel des Benzodiazepins festgestellt werden können. Der Spiegel von Fluoxetin sei erhöht gewesen. Der erhobene Wert sei sehr ungewöhnlich. Zudem sei das Verhältnis zwischen den Abbauprodukten und dem Ursprungsmolekül ungewöhnlich gewesen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit habe die Versicherte das Medikament nicht regelmässig, sondern erst kurzfristig vor der Untersuchung eingenommen. Der SRSI-Test zur Feststellung von negativen Antwortverzerrungen habe einen gewichtigen Hinweis auf relevante Antwortverzerrungen ergeben. Der „cut off“-Wert liege bei 15 Pseudobeschwerden; die Versicherte habe 27 Pseudobeschwerden angegeben. Diagnostisch leide die Versicherte an einem Abhängigkeitssyndrom sowie an einer rezidivierenden depressiven Störung mit einer gegenwärtig leichtgradigen Episode. Die Leistungsfähigkeit der Versicherten sei leichtgradig eingeschränkt. Der Arbeitsfähigkeitsgrad betrage für eine leidensadaptierte Tätigkeit 80 Prozent. Der RAD-Psychiater Dr. med. J.____ qualifizierte das Gutachten als überzeugend (IV-act. 186).

A.i. Mit einem Vorbescheid vom 15. Februar 2022 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 193), dass sie die Abweisung ihres Rentenbegehrens vorsehe. Zur Begründung führte sie an, der Invaliditätsgrad betrage weniger als 40 Prozent. Im Erwerbsbereich betrage die Einschränkung 30 Prozent, im Aufgabenbereich Haushalt betrage sie 17 Prozent. Beide Bereiche seien mit 50 Prozent zu gewichten, was einen Gesamtinvaliditätsgrad von $15 + 8,5 = 23,5$ Prozent ergebe. Die Versicherte reagierte



nicht auf diesen Vorbescheid. Mit einer Verfügung vom 5. April 2022 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ab (IV-act. 206). Am 23. Mai 2022 liess die Versicherte eine Beschwerde gegen diese Verfügung erheben (IV-act. 218). Ein Mitarbeiter des Rechtsdienstes notierte im Juni 2022, das Gutachten von Dr. I.____ enthalte keine Würdigung des RAD-Untersuchungsberichtes vom 14. Dezember 2016, was einen schweren formellen Mangel darstelle; die Verfügung vom 5. April 2022 müsse deshalb widerrufen werden (IV-act. 222). Am 29. Juni 2022 widerrief die IV-Stelle ihre Verfügung vom 5. April 2022 (IV-act. 224). Das Beschwerdeverfahren wurde in der Folge abgeschrieben (vgl. IV-act. 231).

A.j. Die IV-Stelle forderte Dr. I.____ am 30. September 2022 auf, den RAD-Untersuchungsbericht vom 14. Dezember 2016 zu würdigen (IV-act. 235). Am 29. November 2022 antwortete Dr. I.____ (IV-act. 241), die Befundschilderung im Bericht vom 14. Dezember 2016 entspreche einer leichtgradigen depressiven Episode, insbesondere wenn die damals erhaltene Freudfähigkeit berücksichtigt werde. Zudem habe der RAD-Arzt auf einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn hingewiesen. Weder die Würdigung des RAD-Berichtes noch die vom Rechtsvertreter der Versicherten im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Einwände gegen das Gutachten gäben Anlass zu einer Korrektur der Schlussfolgerungen im Gutachten bezüglich der Diagnose und der Arbeitsfähigkeit. Der RAD-Arzt Dr. J.____ qualifizierte diese Ausführungen als überzeugend (IV-act. 242). Mit einem Vorbescheid vom 4. Januar 2023 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie die Abweisung des Rentenbegehrens mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades vorsehe (IV-act. 245). Dagegen liess die Versicherte am 9. Februar 2023 einwenden (IV-act. 249), das Gutachten von Dr. I.____ überzeuge nicht. Zudem handle es sich bei diesem Gutachten um eine unzulässige „second opinion“. Die Versicherte wäre im hypothetischen „Gesundheitsfall“ vollerwerbstätig, weshalb der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs zu berechnen sei. Am 8. März 2023 liess die Versicherte verschiedene medizinische Berichte einreichen (IV-act. 253). Der RAD-Arzt Dr. J.____ hielt am 9. März 2023 fest (IV-act. 254), in diesen Berichten würden eine beginnende Gonarthrose sowie chronische Cervicalgien und Lumbalgien ohne ein klinisch oder radiologisch fassbares somatisches Korrelat, eine Schwerhörigkeit sowie ein lautes nächtliches Schnarchen erwähnt, das allerdings gezielten Untersuchungen zufolge kein



Symptom einer Schlafapnoe sei. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei keine dieser Gesundheitsbeeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeitsschätzung relevant. Mit einer Verfügung vom 10. März 2023 wies die IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem anhand der sogenannten gemischten Methode berechneten Invaliditätsgrad von 23,5 Prozent ab (IV-act. 255).

B.

B.a. Am 25. April 2023 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. März 2023 erheben (act. G 1). Sie liess die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache einer Invalidenrente, eventualiter die Einholung eines Gerichtsgutachtens sowie subeventualiter die Rückweisung der Sache an die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) zu weiteren Abklärungen beantragen. Zur Begründung liess sie ausführen, beim Gutachten von Dr. I.____ handle es sich um eine unzulässige „second opinion“. Der Sachverständige habe die Akten unsorgfältig gewürdigt und die Anamnese oberflächlich erhoben. Seine Beurteilung bezüglich der Konsistenz und Plausibilität sei nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin müsse als vollberufstätig qualifiziert werden.

B.b. Die Beschwerdegegnerin beantragte am 6. Juni 2023 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie an, das Gutachten von Dr. I.____ sei in jeder Hinsicht überzeugend. Die Statusfrage müsse nicht beantwortet werden, da so oder anders kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere.

B.c. Die Beschwerdeführerin liess am 28. Juni 2023 an ihren Anträgen festhalten (act. G 6). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 8).

Erwägungen

1.

Der Zweck dieses Beschwerdeverfahrens erschöpft sich in der Überprüfung der angefochtenen Verfügung auf deren Rechtmässigkeit, weshalb der Gegenstand des Beschwerdeverfahrens jenem des vorangegangenen Verwaltungsverfahrens entsprechen muss. Dieses hat sich nach der Abweisung des Begehrens um berufliche Massnahmen auf die Prüfung eines im März 2015 gestellten Rentenbegehrens und



damit auf die Frage beschränkt, ob die Beschwerdeführerin ab September 2015 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung gehabt hat. Auch in diesem Beschwerdeverfahren ist folglich zu prüfen, ob ab dem 1. September 2015 ein Rentenanspruch bestanden hat.

2.

Eine versicherte Person, die ihre Erwerbsfähigkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern kann, die während eines Jahres ohne einen wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist und die nach dem Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, hat gemäss dem Art. 28 Abs. 1 IVG einen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Für die Bemessung der Invalidität einer Person, die ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung vollzeitig erwerbstätig wäre, wird gemäss dem Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit dem Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach dem Eintritt der Gesundheitsbeeinträchtigung und nach der Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei einer ausgeglichenen Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung zu jenem Erwerbseinkommen gesetzt, das sie erzielen könnte, wenn sie gesund geblieben wäre. Bei einer nicht erwerbstätigen Person ist laut dem Art. 28a Abs. 2 IVG massgebend, in welchem Mass sie unfähig ist, sich im Aufgabenbereich zu betätigen. Bei einer je teilweise im Erwerbs- und Aufgabenbereich tätigen Person ist die Invalidität gemäss dem Art. 28a Abs. 3 IVG für den Erwerbs- und den Aufgabenbereich je nach der entsprechenden Methode (Art. 28a Abs. 1 und 2 IVG) zu bemessen. Die beiden Teil-Invaliditätsgrade sind mit dem Anteil des Erwerbs- und Aufgabenbereichs zu gewichten und anschliessend zu addieren.

3.

Die Beschwerdeführerin hat angegeben, dass sie ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung vollzeitig erwerbstätig wäre. Betreuungspflichten, die einer vollzeitigen Erwerbstätigkeit entgegen gestanden hätten, haben nicht bestanden. Das ältere Kind hat sich bereits in einem Alter befunden, in dem es den Tag hindurch keine wesentliche Betreuung mehr benötigt hat. Das jüngere Kind hat zwar noch einen gewissen Betreuungsbedarf gehabt. Dieser hätte aber durch die im selben Haus wohnenden Verwandten (Schwiegereltern und Schwägerin) gedeckt werden können. Die finanziellen Verhältnisse sind eng gewesen. Trotzdem hat die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin als im hypothetischen „Gesundheitsfall“ nur zu 50 Prozent



ausserhuslich erwerbstätig qualifiziert. Zur Begründung hat sie geltend gemacht, die Beschwerdeführerin benötige gemäss ihren Angaben so viel Zeit für die Besorgung des Haushaltes, dass ihr ein Vollpensum gar nicht zugemutet werden könne. Das überzeugt nicht. Die engen finanziellen Verhältnisse, die angesichts der fehlenden Berufsausbildung tiefen Lohnaussichten und die fehlenden Betreuungspflichten deuten klar auf eine vollzeitige Erwerbstätigkeit im hypothetischen „Gesundheitsfall“ hin. Die „Aussage der ersten Stunde“ sowie die nachfolgenden Aussagen der Beschwerdeführerin zum fiktiven Erwerbspensum ohne die Gesundheitsbeeinträchtigung sind eindeutig. Die Annahme, die Beschwerdeführerin hätte, wenn sie gesund gewesen und im Vollpensum einer ausserhuslichen Erwerbstätigkeit nachgegangen wäre, gleich viel Zeit für die Besorgung des Haushaltes benötigt, wie sie im Rahmen der Haushaltsabklarung gestützt auf ihren deutlich aggravierten Gesundheitszustand geltend gemacht hat, geht fehl. Gemäss dem überzeugenden Gutachten von Dr. I.____ (vgl. E. 4.3) hat die Beschwerdeführerin nämlich sowohl im Rahmen der medizinischen Begutachtungen als auch gegenüber den behandelnden Ärzten aggraviert. Das bedeutet, dass sie ihre Einschränkungen und Beschwerden deutlich übertrieben geschildert und präsentiert hat, um als kränker zu erscheinen, als sie effektiv gewesen ist. Überwiegend wahrscheinlich hat sie sich natürlich auch im Rahmen der Haushaltsabklarung als kränker präsentiert und beschrieben, als sie effektiv gewesen ist. Auf ihre Angabe zum Zeitbedarf für die Erledigung der Haushaltsaufgaben hätte nicht unbesehen abgestellt werden dürfen, da sie überwiegend wahrscheinlich einen zu hohen Zeitbedarf geltend gemacht hat. Die bei der Haushaltsabklarung erhobenen Einschränkungen stehen folglich unter dem starken Verdacht, auf erheblich übertriebenen Angaben zu beruhen. Da der Abklarungsbeauftragte keine Bemühungen unternommen hat, die Aussagen der Beschwerdeführerin zu validieren, weist der Abklärungsbericht weder bezüglich des geltend gemachten Zeitaufwandes für die Erledigung des Haushaltes noch bezüglich der geltend gemachten Einschränkungen einen ausreichenden Beweiswert auf. Von weiteren Abklärungen kann diesbezüglich in antizipierender Beweiswürdigung kein Erkenntnisgewinn erwartet werden, da davon ausgegangen werden muss, dass die Beschwerdeführerin bei einer weiteren Abklärung wiederum übertriebene Angaben machen würde. Da folglich bezüglich der Frage, wie viel Zeit die Beschwerdeführerin tatsächlich für die Erledigung ihres Haushaltes benötigt hat, eine objektive Beweislosigkeit vorliegt, fällt das einzige Argument, das gegen eine Qualifikation der Beschwerdeführerin als Vollerwerbstatige sprechen würde, dahin. Die Beschwerdeführerin ist deshalb als vollerwerbstatig zu qualifizieren, was bedeutet, dass der Invaliditätsgrad anhand eines Einkommensvergleichs im Sinne des Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. dem Art. 16 ATSG zu berechnen ist.



4.

4.1. Die Beschwerdeführerin hat keine Berufsausbildung absolviert, weshalb sie als eine typische Hilfsarbeiterin zu qualifizieren ist. Das Valideneinkommen entspricht folglich dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne.

4.2. Für die Bestimmung des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ist massgebend, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführerin aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zugemutet werden können. Die Beschwerdegegnerin hat zur Beantwortung dieser Frage zunächst den Psychiater Prof. Dr. D. ___ und dann den Psychiater Dr. I. ___ mit einer Begutachtung beauftragt. Die Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, beim Gutachten von Dr. I. ___ handle es sich um eine unzulässige „second opinion“. Das trifft nicht zu, denn Prof. Dr. D. ___ hat sich bewusst nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert. Er hat sich sowohl in seinem Gutachten als auch in seiner späteren Stellungnahme auf den Standpunkt gestellt, die Arbeitsfähigkeit könne erst nach einem stationären Benzodiazepinentzug beurteilt werden (der allerdings bisher nicht erfolgt ist). Folglich kann das Gutachten von Prof. Dr. D. ___ sogar nach dessen eigener Auffassung kein geeignetes Beweismittel zur Beantwortung der Frage nach der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sein. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht ein weiteres psychiatrisches Gutachten eingeholt. Im Übrigen scheint der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin den Begriff einer unzulässigen „second opinion“ falsch interpretiert zu haben, denn nach der Praxis des Bundesgerichtes liegt nur dann eine unzulässige „second opinion“ vor, wenn sich eine IV-Stelle bei einem vollständig ermittelten, d.h. mit dem erforderlichen Beweisgrad erstellten medizinischen Sachverhalt rechtsmissbräuchlich auf den Untersuchungsgrundsatz beruft, um in der Hoffnung auf ein für sie günstigeres, anderes Ergebnis noch ein (objektiv unnötiges) Gutachten einzuholen.

4.3. Der Sachverständige Dr. I. ___ hat die Beschwerdeführerin sorgfältig persönlich untersucht und er hat die medizinischen Vorakten eingehend gewürdigt. Nichts deutet darauf hin, dass er eine wesentliche Tatsache übersehen oder ignoriert hätte. Er hat anschaulich aufgezeigt, dass sich die Beschwerdeführerin abgrenzungsfähig und durchsetzungsstark präsentiert, klare Ansprüche an das Gegenüber gestellt und teilweise sogar eine fordernde Haltung eingenommen hat, dass sie durchgehend misstrauisch sowie teilweise unmotiviert gewesen ist, dass keine kognitiven Einschränkungen haben festgestellt werden können und dass abgesehen von einer geringfügigen Einschränkung der Schwingungsfähigkeit keinerlei Auffälligkeiten hinsichtlich des objektiven klinischen Befundes vorgelegen haben. Seine Schlussfolgerung, dass angesichts des klinischen Befundes nur eine leichtgradige



depressive Störung diagnostiziert und nur eine minimale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden könne, leuchtet – notwendigerweise aus der Sicht eines medizinischen Laien – ohne Weiteres ein. Zudem hat der Sachverständige Dr. I. ___ in seiner Untersuchung zahlreiche Inkonsistenzen und Diskrepanzen festgestellt. So hat die Beschwerdeführerin bei der orientierenden Prüfung der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses schwergradige Einschränkungen präsentiert und sich beispielsweise unfähig gezeigt, den Unterschied zwischen einem Fluss und einem See zu benennen, während die Interaktion in der Untersuchung ohne kognitive Einschränkungen möglich gewesen ist. Die Laboruntersuchung hat einen sehr hohen Spiegel für Fluoxetin sowie ein ungewöhnliches Verhältnis zwischen den Abbauprodukten und dem Ursprungsmolekül ergeben, was darauf hingedeutet hat, dass die Beschwerdeführerin das Fluoxetin nicht regelmässig, sondern erst kurz vor der Untersuchung eingenommen hat. Im SRSI-Test zur Feststellung von negativen Antwortverzerrungen hat die Beschwerdeführerin den „cut off“-Wert von 15 Pseudobeschwerden mit 27 geltend gemachten Pseudobeschwerden deutlich überschritten. Der Sachverständige Dr. I. ___ hat daraus den überzeugenden Schluss gezogen, dass sich die Beschwerdeführerin sowohl gegenüber ihm als auch gegenüber den behandelnden Ärzten nicht authentisch verhalten hat. Die behandelnden Ärzte hatten die Schilderungen der Beschwerdeführerin aufgrund ihres therapeutischen Behandlungsauftrages nicht kritisch genug hinterfragt und waren deshalb von Einschränkungen ausgegangen, die objektiv gar nicht bestanden hatten. Da nach der bundesgerichtlichen Auffassung zudem in Bezug auf behandelnde Ärzte der objektive Anschein der Befangenheit besteht, was den Beweiswert von Behandlerberichten einschränkt, erweist sich die Beurteilung von Dr. I. ___ als überzeugender als jene der behandelnden Ärzte, die die Schilderungen der Beschwerdeführerin für bare Münze genommen haben, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Bereits der Sachverständige Prof. Dr. D. ___ hatte übrigens deutliche Anzeichen für eine Aggravation festgestellt, diese allerdings aus nicht nachvollziehbaren Gründen nicht weiter „verarbeitet“. Da er keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin genommen hatte, spielt dies jedoch keine Rolle. Von weiteren Abklärungen bezüglich des Zeitraums bis zur Begutachtung durch Dr. I. ___ ist in antizipierender Beweiswürdigung kein Erkenntnisgewinn zu erwarten, da ein psychiatrischer Sachverständiger für jenen Zeitraum nur auf die durch die Aggravation der Beschwerdeführerin „verzerrten“ Angaben in den Berichten der behandelnden Ärzte abstellen könnte, womit er über keine bessere Sachverhaltskenntnis als Dr. I. ___ verfügen würde. Folglich kann für die Zeit bis zur Begutachtung durch Dr. I. ___ von weiteren Abklärungen keine überzeugendere retrospektive Arbeitsfähigkeitsschätzung als jene von Dr. I. ___ erwartet werden, weshalb auch für den Zeitraum vor der Begutachtung auf das



Gutachten von Dr. I.____ abzustellen ist. Bezüglich der „low dose“-Benzodiazepinabhängigkeit hat die RAD-Ärztin H.____ am 5. März 2021 überzeugend darauf hingewiesen, dass diese die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht einschränke, sondern tendenziell sogar noch fördere. Der Sachverständige Dr. I.____ hat der von ihm bestätigten Benzodiazepinabhängigkeit keine wesentliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugemessen. Folglich steht gestützt auf das Gutachten von Dr. I.____ mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass die Beschwerdeführerin im hier massgebenden Zeitraum durchgehend zu 80 Prozent arbeitsfähig gewesen ist.

4.4. Da die Beschwerdeführerin nur zu 20 Prozent arbeitsunfähig gewesen ist, hat sie das sogenannte Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG nicht erfüllt, was die Zusprache einer Rente ausschliesst. Zudem erreicht sie auch keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad. Dieser ist anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen, weil der Ausgangswert des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens dem statistischen Zentralwert der Hilfsarbeiterinnenlöhne und damit dem Valideneinkommen entspricht, weshalb der Betrag bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen kann. Der Invaliditätsgrad entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, korrigiert um einen dem sogenannten Tabellenlohnabzug analogen Abzug. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 20 Prozent könnte nur bei einer Berücksichtigung des maximalen, dem Tabellenlohnabzug analogen Abzuges von 25 Prozent ein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Der Maximalabzug ist aber offensichtlich nicht gerechtfertigt, da die Gesundheitsbeeinträchtigung die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nur minimal einschränkt. Die angefochtene Verfügung, mit der die Beschwerdegegnerin das Rentenbegehren der Beschwerdeführerin abgewiesen hat, erweist sich damit als rechtmässig.

5.

Die Beschwerde ist abzuweisen. Die angesichts des durchschnittlichen Verfahrensaufwandes praxisgemäss auf 600 Franken festzusetzenden Gerichtskosten sind der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Sie sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt. Die unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von 600 Franken zu bezahlen; diese sind durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von 600 Franken gedeckt.

3.

Das Begehren um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.